НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Издательство «Знание»

ФАКУЛЬТЕТ

ЗДОРОВЬЯ

1988 1-2

НАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ

ЗДОРОВЬЯ

Издается
ежемесячно
с 1964 г.

1/1988

А. М. Тюрин

ВОЗМОЖНОСТИ САМОМАССАЖА

(ШКОЛА САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ОВЛАДЕНИЯ ПРИЕМАМИ И МЕТОДАМИ)

2/1988

Л. Г. Столярова,
А. С. Кадыков,
Л. А. Черникова,
М. К. Бурлакова

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

(ПОСОБИЕ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ)

В РУБРИКАХ ВЫПУСКА ЧИТАЙТЕ:

о работоспособности и утомлении, об энерготратах и потребностях организма, о самоконтроле состояния сердечно-сосудистой системы, о восстановительном лечении;

беседу с психотерапевтом В. Макаровым;

об одном случае обращения к знахарю;

о том, как сделать свою фигуру изящной;

о картине Иеронима Босха, воспроизведенной на обложке;

на ваш вопрос о релаксационной гимнастике отвечает заслуженный врач РСФСР В. Чугунов.

Издательство «ЗНАНИЕ» Москва 1988

СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Слово к читателю
Твоя работоспособность (3)
О наших авторах (4)
Факультет здоровья № 1
А. ТЮРИН. Возможности самомассажа (5)
Почему массаж? В чем сущность влияния массажа? Гигиенические основы. Техника приемов самомассажа для самостоятельного изучения: как освоить технику поглаживания, растирания, разминания, ударных приемов, вибрационных, технику пассивных движений. О сеансах самомассажа общего и местного: основные понятия и рекомендации, как выполнять местный самомассаж — области шеи, трапециевидных мышц, широчайшей мышцы спины, поясничной и крестцовой областей спины, ягодичной области, бедра, коленного сустава, голени и стопы, подошвенной поверхности, грудной клетки, плечевого сустава и дельтовидной мышцы, области плеча, локтевого сустава, предплечья и кисти, живота. Самомассаж и техника: возможности немеханизированных устройств — массажной дорожки, коврика для стоп, возможности механизированных устройств — вибраторов; самостоятельное изучение аппаратного массажа. Послесловие автора.
Наши рефераты
Работоспособность и утомление (43)
Энциклопедия здоровья
Восстановительное лечение. Реабилитация профессиональная, бытовая, педагогическая (46)
Читателю на заметку
Последствие легковерия (47)
Красота и здоровье: изящная фигура
Включите в свой гимнастический комплекс! (48)
На нашей обложке
Удаление шишек глупости (50)
Факультет здоровья № 2
Л. СТОЛЯРОВА, А. КАДЫКОВ, Л. ЧЕРНИКОВА, М. БУРЛАКОВА. После перенесенного инсульта (51)
Что необходимо знать об инсульте? Как помочь больному в первые дни после инсульта. Как восстановить движение: основные понятия, лечение положением, пассивные движения и массаж, активная гимнастика. Как обучить сидеть, стоять, ходить. О восстановлении двигательных навыков. Как восстановить речь, чтение и письмо. Рекомендации для психической и социальной адаптации: контроль эмоционально-волевой сферы, преодоление страхов самовнушением, роль самообслуживания, психологический климат семьи. Как избежать рецидивов заболевания: о факторах риска повторного инсульта, о профилактическом питании, особенности образа жизни.
Отвечаем на ваши письма
Это важно для снятия утомления (Беседа с заслуженным врачом РСФСР В. Чугуновым) (90)
Советует психотерапевт
Как развить свою умственную работоспособность (Беседа с врачом В. Макаровым) (92)

Редактор В. АЛГУЛЬЯН

© Издательство «Знание», 1988 г.

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЮ

Комментарий к теме выпуска, отражающий точку зрения редакции, ведет доктор медицинских наук Виктор Тимофеевич БАХУР.

ТВОЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

Пока человек молод и здоров, организм его работает без сбоев — жизнь в целом ощущается как нескончаемый праздник души и тела, а столь непредсказуемые в повседневности огорчения не идут ни в какой счет. Устремлениям и планам, кажется, нет пределов. И та особого рода деятельность человека, которая столь высоко вознесла его над бренностью всего сущего — труд, отзывается истинной радостью, становится смыслом бытия. Вспомните, как метко сказал о «работе без лишнего счета» замечательный русский поэт В. Брюсов:

Едкое счастье — работа,
В полях, за станком, за столом,
Работа до жаркого пота,
Работа без лишнего счета,—
Часы за упорным трудом!

И чего греха таить: то благополучие, которое только и питается молодостью, здоровьем человека, высокой работоспособностью, действует на нас завораживающе не столь уж редко. Все кажется легко преодолимым и безобидным: и бессонные ночи, и вредящие организму ядовитые дымы табака, и обильные возлияния, и многое из того неоправданного, чему название — излишества. Завороженность благополучием — бесценным даром природы, как издавна говорят в народе о здоровье, притупляет нашу бдительность в отношении всех тех факторов, которые способны так быстро разрушить его.

Действительно, проходят годы, и человек начинает ощущать, что в работе его организма что-то разлаживается, все чаще дают о себе знать сбои в нем, появляются предвестники серьезных недугов. Так начинает меркнуть прежняя бурная радость жизни, постепенно исчезает уверенность в своих способностях, физических силах, и все больше теряется работоспособность. Тогда-то и вспоминаются невольно те излишества, о которых не думалось в надежде на удачи и «железный» организм. Подобное раскаяние — всегда запоздавшее, многое, к сожалению, очень многое уже не вернуть.

А ведь именно об этом идет речь, когда врачи неустанно твердят каждому о том, что, еще будучи совсем молодым и здоровым, надо усвоить принцип «не вреди своему организму». Именуется это важнейшее направление в здравоохранении профилактикой, потому что в ней, в ведении разумного, здорового образа жизни и заключается секрет сохранения высокой работоспособности человека, его способности к труду.

Какой огромной бедой, поистине катастрофой оборачиваются нередко последствия той или иной тяжелой болезни. Хотя во многих случаях эти беды приходят не вдруг, сама болезнь, как правило, застает человека врасплох, обрушиваясь как снег на голову. Такие грозные и весьма частые в наш век заболевания, как инфаркт миокарда или инсульт, нередко оставляют после себя столь выраженные нарушения жизнедеятельности, что человек становится инвалидом. Подобный исход ведет и к тяжелейшему психологическому стрессу, способному надломить душевные силы человека, когда кажется, что потеряно все, что прежде составляло смысл жизни.

Нет более важной задачи, как возвратить такому больному хотя бы частичную работоспособность, суметь заставить его поверить в свои силы и возможности. Вот это и составляет главное содержание того направления лечебных мероприятий, которое получило название реабилитации. Вернуть человеку даже в небольшом объеме то, к чему он был способен до болезни, дать ему новые возможности — означает для него обретение радости бытия и смысла жизни.

Опыт показывает, что важнейшая роль в этом деле принадлежит не только врачам, но и самому больному, его близким. Смысл такого положения, пожалуй, наиболее четко передает следующее высказывание, основанное на личном опыте человека, перенесшего тяжелые заболевания и не уступившего болезни: «Больной не имеет права уходить от ответственности за свое выздоровление». Нам остается только присоединиться к этим замечательным словам писателя, ученого и общественного деятеля Нормана Казинса.

Да, реабилитация, особенно после перенесенных серьезных заболеваний, требует неустанных, длительных усилий как со стороны самого больного, так и его родных.

Но для этого нужны и знания, хотя бы самые элементарные, о том, как устроен человеческий организм, как он функционирует, какие факторы могут нарушать его деятельность. И затем (это самое главное!) знания о том, как происходит восстановление нарушенных функций при том или ином заболевании, какие методы для убыстрения выздоровления существуют, что может сделать сам больной и его близкие, дабы помочь врачу в проведении реабилитационных мероприятий.

Так что нам нужна для самых широких слоев населения в определенном, практическом смысле школа сохранения и восстанов-

ления здоровья в целом и трудоспособности в частности. Поэтому столь необходимы популярные пособия, своего рода самоучители для самостоятельного овладения элементарными практическими приемами и навыками, методами и средствами поддержания и восстановления работоспособности. В публикуемых в настоящем выпуске материалах делается попытка такого представления имеющегося у авторов врачебного опыта.

Взять, к примеру, оздоровительный самомассаж. О его пользе слышали, наверное, все. Прежде всего, речь идет о местном воздействии на мышцы человеческого тела, благодаря чему они становятся способными к большим физическим нагрузкам. В этом основной смысл применения массажа как для увеличения трудоспособности человека, так и для восстановления пострадавших двигательных функций в результате заболевания.

В выпуске не рассматривается лечебный массаж специально. В то же время представленный в нем самомассаж позволяет рассчитывать на еще одно важное следствие его применения — повышение тонуса центральной нервной системы, ее работоспособности. Напомним, что мышцы тела — это огромное чувствительное поле, от которого нервные импульсы постоянно притекают к головному мозгу. Ведь именно это и учитывается в применении так называемой релаксации в ходе аутогенной тренировки. Мышечное расслабление прежде всего способствует успокоению, снятию психического напряжения, благоприятствует процессам внушения и самовнушения.

Особо следует подчеркнуть важность всего того, что сказано о реабилитации больных, перенесших инсульт. Известно, что такие больные часто выписываются из стационара еще с весьма выраженными нарушениями движений, речи, а подчас и другими. И основная тяжесть дальнейших реабилитационных мероприятий, проводимых под контролем лечащего врача, ложится на самого больного и его близких. А это требует очень настойчивых и длительных усилий с их стороны и, конечно, достаточно грамотного подхода к делу.

О НАШИХ АВТОРАХ

В номере 1 за 1988 год:

ТЮРИН Аверкий Михайлович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры спортивной медицины Ленинградского института имени П. Лесгафта, преподает курс массажа, один из авторов пособия «Спортивный массаж» (Л., 1971), учебника «Спортивная медицина и ЛФК» (М.: Физкультура и спорт, 1973) и монографии «Техника массажа» (Л.: Медицина, 1986), свыше 80 научных статей.

В номере 2 за 1988 год:

СТОЛЯРОВА Лариса Гавриловна — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения Научно-исследовательского института неврологии АМН СССР, автор 3 монографий и более сотни научных статей, посвященных реабилитации неврологических больных.

КАДЫКОВ Альберт Серафимович — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник того же института, автор монографии и более 60 научных статей, посвященных реабилитации.

ЧЕРНИКОВА Людмила Александровна — кандидат медицинских наук, руководитель исследовательской группы физиотерапии и лечебной физкультуры в том же институте, автор более 50 научных статей, посвященных физиотерапевтическим методам лечения неврологических больных.

БУРЛАКОВА Марианна Константиновна — кандидат педагогических наук, руководитель психолого-логопедической группы в том же институте, автор 3 монографий и 60 научных статей, посвященных афазиологии и восстановительному обучению при нарушениях речи у больных.

А. Тюрин

ВОЗМОЖНОСТИ САМОМАССАЖА

Кажется очевидным, что ни один нормальный человек не захочет стать больным — все хотят быть здоровыми. Но в подавляющем большинстве своем люди вольно или невольно бездумно растрачивают свое здоровье, считая его неисчерпаемым. В то же время в современной жизни повышается ответственность каждого человека за принимаемые им решения и производимые действия. Выполнить задачи социально-экономического развития, стоящие перед нашей страной, на высоком профессиональном уровне могут лишь люди здоровые, эмоционально устойчивые, способные на высокую концентрацию усилий.

В условиях современного производства и в быту значительно ограничивается физическая активность человека. А мышечное бездействие и нервные нагрузки пагубно сказываются на здоровье организма, на работоспособности человека.

Повысить физическую активность, снять нервное напряжение помогают занятия физкультурой и спортом, а также массаж.

Во время работы физические и психоэмоциональные нагрузки могут быть совершенно различными. В силу специфики той или иной профессии организм человека может испытывать огромные физические воздействия или, наоборот, на фоне недостаточной физической активности (гиподинамии) все в большей мере преобладают большие психоэмоциональные нагрузки.

В том и другом случаях для скорейшего восстановления работоспособности, снятия излишнего психоэмоционального напряжения, борьбы с гиподинамией (или гипердинамией) с успехом применяется самомассаж.

В настоящее время самомассаж стал еще более необходим в нашей жизни, так как охватить всех желающих массажем просто не реально. Ведь массажист (с учетом норм нагрузки) не может выполнять, например, общие сеансы массажа больше определенного их числа, возможности его ограничены физически и во времени.

ПОЧЕМУ МАССАЖ?

Происхождение массажа теряется в истоках народной медицины, в истории Древнего мира. Вероятно, первым применением массажа, в частности приема поглаживания, был инстинктивный жест самопомощи для облегчения боли в ушибленном месте. Классический пример широкого применения среди населения самомассажа мы находим в истории Древней Греции и Рима, где одним из элементов ухода за телом и кожей являлось втирание ароматических масел после купания.

Свидетельствует о процветании массажа в античности дошедший до нас трактат Корнелия Цельса «О медицине» (около I в. н. э.), в котором так начинается глава о здоровье: «Здоровый человек, который чувствует себя хорошо... не нуждается ни во враче, ни в массажисте». В те далекие времена массаж и самомассаж были в почете у людей, как явствует, например, из легенды об императоре Древнего Рима Адриане:

...«Однажды во время путешествия император Адриан обратил внимание на одного инвалида, который тер свою спину о мраморную колонну открытой бани. «Почему ты растираешь сам себя?» — спросил Адриан. «У меня нет рабов, которые могли бы меня растирать», — ответил инвалид. Адриан в воздание прошлых заслуг старого солдата подарил ему двух рабов и назначил достаточную пенсию. На обратном пути, проезжая опять мимо этой бани, Адриан увидел огромную толпу людей, которая терлась о колонны.

На его вопрос, что они делают, он получил такой же ответ, как и от инвалида. На этот раз Адриан посоветовал им растирать друг друга».

С упадком античной культуры интерес к самомассажу в Европе заглох на долгие века. Лишь в конце XVIII века появились первые указания на необходимость изучения самомассажа, одно из которых встречается в многотомном французском словаре того времени.

Интерес к массажу ныне с каждым годом все более возрастает, и широкое использование самомассажа объясняется его практической доступностью, относительной простотой.

Именно за последние годы в нашей стране благодаря работам многих ученых, и в первую очередь А. Вербова, И. Саркизова-Серазини, Н. Белой, были разработаны современные методики массажа и самомассажа, предусматривающие послойное массирование всех тканей с учетом рефлекторных связей внутренних органов с определенными участками тела и функционального состояния организма человека. Методически грамотно построенный массаж (когда правильно выбраны и проведены приемы, определена их интенсивность и доза и т. п.) является могучим средством восстановления работоспособности, снятия утомления и поддержания общего тонуса организма, активным средством укрепления здоровья и предупреждения заболеваний.

В публикациях о самомассаже акцент, по нашему мнению, должен быть сделан на описании того, как научиться массировать свое тело. Так возникла идея попытаться дать читателю методику именно для самостоятельного изучения техники приемов. Приводимые здесь же методические требования позволят понять сущность технических нюансов в массажных манипуляциях. Только после овладения техникой приемов самомассажа можно приступить к его использованию. Это относится как к ручному, так и аппаратному самомассажу.

Массаж разрешается всем здоровым людям. Первые сеансы массажа должны быть более короткими и менее интенсивными, чтобы массируемый привык к приемам массажа и техническим навыкам самого массажиста. Это позволит массажисту выяснить особенности массируемого, изучить его реакцию на массаж.

Массаж детей не должен быть длительным и энергичным: необходимо учитывать их реактивность и нежность кожных покровов.

При заболеваниях и травмах массаж применяется только по назначению врача, так как методика должна быть строго дифференцированной в зависимости от этиологии, патогенеза, клинической формы заболевания, стадии процесса.

В некоторых случаях противопоказания носят абсолютный характер (например, аневризма сосудов), в других — относительный (заболевания кожи), в третьих — временный характер (удаляемая опухоль).

Абсолютные противопоказания: острые лихорадочные состояния, острые воспалительные процессы, кровотечения и кровоточивость, гнойные процессы (где бы они не были), кожные заболевания (инфекционной или грибковой этиологии), болезни крови, тромбоз и значительное расширение вен с нарушением трофики, атеросклероз с церебральными кризами, аневризмы сосудов, воспаление лимфатических узлов, активная форма туберкулеза, доброкачественные и злокачественные опухоли, сифилис, психические заболевания с измененной психикой, заболевания органов брюшной полости с наклонностью к кровотечению, хронический остеомиелит, эндартериит с нарушением трофики, острая сердечно-сосудистая, почечная и печеночная недостаточность, кожные аллергические реакции.

Относительные противопоказания относятся к массажу только какой-то определенной области тела. Предусмотреть все возможные случаи и тем более дать им характеристику заранее крайне трудно. Во всех сомнительных случаях следует посоветоваться с врачом. Нельзя, например, массировать области, где имеются ссадины кожи, места перелома трубчатых костей конечностей (в первые дни после травмы).

Нельзя массировать живот при грыжах, камнях в желчном и мочевом пузырях, почках, в период менструации и беременности.

Массаж не делается менее чем за час до еды и сразу после приема пищи.

В ЧЕМ СУЩНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ МАССАЖА?

Комплекс научно обоснованных и практически проверенных приемов механического воздействия с помощью рук или аппарата на физиологические механизмы человеческого организма с целью укрепления и восстановления здоровья называют массажем.

Самомассаж означает применение массажных приемов или массажных аппаратов на самом себе.

В основе эффектов массажа и самомассажа лежат сложные процессы, обусловленные нервно-рефлекторным и гуморальным воздействием на все органы и ткани организма. Кроме того, массажные приемы оказывают и местное воздействие в областях их применения на теле человека.

Сущность нервно-рефлекторного влияния массажа заключается в раздражении многочисленных и разнообразных чувствительных нервных окончаний, заложенных в коже (экстерорецепторы), сухожилиях, связках, фасциях, мышцах (проприорецепторы), сосудах (ангиорецепторы) и внутренних органах (интерорецепторы). Массажные приемы воздействуют и на нервные окончания, реагирующие на давление (барорецепторы), температуру (терморецепторы). Поток импульсов, возникающих при раздражении любых из этих воспринимающих рецепторов, достигает коры головного мозга, где все центростремительные (афферентные) сигналы синтезируются, вызывая общую сложную ответную реакцию организма, которая проявляется в виде различных функциональных сдвигов в органах и системах.

Кроме нервного фактора, в механизме действия массажа большую роль играет и гуморальный фактор (греческое «humor» — «жидкость»). Так, под влиянием массажа в тканях активизируются такие высокоактивные вещества, как гистамин, ацетилхолин. Под влиянием массажа они переходят в свободное состояние, всасываются в кровь и разносятся по всему организму, вызывая различные эффекты. Например, гистамин, расширяя просвет и увеличивая проницаемость капилляров, улучшает кровоснабжение и обменные процессы тканей; ацетилхолин увеличивает скорость передачи возбуждения в синапсах, ганглиях нервной системы и с двигательных нервов на скелетные мышцы.

Под влиянием массажа в тканях образуются и другие вещества, значение которых еще окончательно не выяснено, но известно как стимуляторов деятельности нервной системы. Имеются указания об увеличении после массажа секреции эндорфина — блокатора болевой чувствительности (между периферией и центральными отделами нервной системы). Гуморальный механизм, однако, не является самостоятельным, он регулируется центральной нервной системой.

Массаж оказывает еще и местное непосредственное механическое воздействие на ткани, в частности, на передвижение всех жидких сред организма (крови, лимфы, межтканевой жидкости), на растяжение и смещение тканей. Механический фактор усиливает обменные процессы и кожное дыхание, устраняет застойные явления и повышает температуру массируемого участка тела.

Структура и характер этих ответных реакций организма на массаж каждый раз бывают различными в зависимости от:

а) функционального состояния высших отделов центральной нервной системы, то есть от соотношения процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга;

б) функционального состояния рецепторного поля (рецепторов), которое подвергается массажному воздействию;

в) общего состояния массируемого, а в случае болезни — от ее клинических проявлений;

г) характера массажа и используемых приемов.

Следовательно, эффективность воздействия любого вида массажа зависит от знания массажистом функционального состояния массируемого. Вот почему крайне необходим контакт массажиста не только с самим массируемым, но и с его лечащим врачом. Кроме того, одни и те же приемы массажа могут в зависимости от характера их осуществления воздействовать на нервную систему в прямо противоположных направлениях.

Характер массажа в основном опре-

делится тремя компонентами: силой, темпом, длительностью.

Сила массажа — это сила давления, которое руки массажиста оказывают на тело массируемого. Она может быть большой (глубокий массаж), средней и малой (поверхностный массаж). Поверхностный массаж повышает возбудительные процессы, более глубокий массаж с постепенным увеличением силы воздействия способствует развитию тормозных процессов.

Темп массажа может быть быстрым, средним и медленным. Быстрый темп повышает возбудимость нервной системы, средний и медленный ее снижают.

Чем длительнее по времени выполняется массаж, тем больше он влияет на снижение возбудимости нервной системы.

Таким образом, изменяя методику выполнения отдельных приемов или массажа в целом, можно по разному воздействовать на функциональное состояние коры головного мозга, повышая или снижая его возбудимость.

Если воспользоваться лишь трехкомпонентной градацией массажа (на самом деле их бесконечное множество), то количество вариантов ответных реакций у одного массируемого выразится произведением $3 \times 3 \times 3 = 27$. Об этом всегда нужно помнить массажисту, и прав французский врач и массажист Леандр Кошетель, сказавший: «Искусство массажа — это дар». Развитие этого дара зависит от самого массажиста, которому к тому же необходимы анатомо-физиологические знания.

Ответная реакция организма пациента зависит от приемов, используемых массажистом. При сравнительно одинаковом техническом выполнении одни приемы, такие, как поглаживание, растирание, больше снижают возбудимость нервной системы, другие — ударные, вибрационные приемы, наоборот, повышают ее. В то же время в массажной практике редко употребляется один прием. По выражению Доллинджера (1899), «массажные приемы как отдельные тоны музыки никогда подолгу не звучат в одиночку, а переходят один в другой, сливаясь в аккорд». Различные сочетания применяемых приемов позволяют массажисту индивидуализировать сеансы (процедуры) массажа и увеличивать в каждом конкретном случае эффективность ответных реакций массируемого.

Значительное влияние оказывает массаж на периферическую нервную систему, улучшая возбудимость и проводимость нервных импульсов по нерву, ослабляя и прекращая боли, ускоряя процессы регенерации (восстановления) нерва при его повреждении, предупреждая сосудистые и трофические (обмен и питание) расстройства.

Массаж увеличивает ток всех жидких сред организма: крови, лимфы и межтканевой жидкости, причем наибольшие изменения наблюдаются в кровеносных и лимфатических сосудах. Под воздействием массажа в тканях тела расширяются капилляры, раскрывается значительное число резервных капилляров, которые в покое не функционируют. Это улучшает кровоснабжение тканей и органов, повышает окислительно-восстановительные процессы в них, способствует перераспределению крови в организме, облегчает работу сердца. Общая вместимость капиллярного русла после массажа возрастает в 140 и более раз (А. Вербов, 1966). Улучшение кровообращения обусловливает местное повышение температуры кожи (на 3—5 °), мышц и других тканей.

Частота пульса при хорошем функциональном состоянии организма под влиянием массажа существенно не изменяется. При массаже живота иногда наблюдается небольшое понижение артериального давления. В крови отмечается небольшое увеличение количества тромбоцитов, лейкоцитов, эритроцитов и гемоглобина, а кислотно-щелочное равновесие не нарушается.

Массаж способствует ускорению тока лимфы, что улучшает питание тканей, уменьшает застойные явления в суставах, ликвидирует их в других органах и тканях.

Массаж оказывает многообразное физиологическое воздействие на кожу и ее функции. Под его влиянием кожа очищается, отторгаются роговые чешуйки эпидермиса, а вместе с ними посторонние частицы и микробы, находящиеся на поверхности кожи. Очищаются выводные протоки потовых и сальных желез, улуч-

шается секреторная, выделительная и дыхательная функции кожи. Массажные приемы увеличивают крово- и лимфообращение, повышают температуру кожи, устраняют явления венозного застоя, улучшают питание и обменные процессы (рефлекторным и гуморальным путями) во всем организме. Хотя в стимуляции образования физиологически активных гистаминоподобных веществ массаж уступает ультрафиолетовому облучению, он превосходит грязелечение.

После массажа кожа становится более упругой, бархатистой, повышается ее сопротивляемость к механическим и температурным воздействиям. В то же время число холодовых точек уменьшается — снижается чувствительность кожи к холоду. Поэтому после массажа организм не должен подвергаться охлаждению.

Массаж делает мышцы более эластичными, улучшает их сократительную функцию, из них быстрее удаляются продукты обмена. В зависимости от характера приемов может происходить как повышение тонуса мышц при массаже быстром по темпу, коротком по времени и поверхностном, так и его снижение, когда массаж делают медленно, более длительно и с большим усилием.

Массаж способствует восстановлению силы в утомленной мышце и повышает ее работоспособность. Например, 5-минутный массаж оказывает на мышцу большее влияние, чем 20-минутный отдых. Работоспособность утомленной мышцы возрастает после массажа в 3—7 раз. Даже 40-секундный массаж (валяние и встряхивание), например у спортсменов-борцов в перерывах между схватками, увеличивает силу сгибателей кисти массируемой руки на 3,2 кг по сравнению с увеличением на 0,4 кг на немассируемой руке.

Суставно-связочный аппарат под влиянием массажа становится более эластичным, улучшаются образование и циркуляция синовиальной жидкости, необходимой для нормального питания хрящевой ткани, покрывающей суставные поверхности костей. Поэтому массаж является важным средством профилактики артрозов, связанных с повреждением хрящевой ткани суставов. При ограничении подвижности в суставах, скованности, небольшой болезненности, которые могут появиться в результате перегрузок, микротравм и других причин, вызывающих отечность, сморщивание суставных сумок, изменение качества и количества синовиальной жидкости, массаж способствует устранению этих явлений.

Применение массажа до физической нагрузки вызывает незначительное повышение газообмена (на 10—20 %), а после физических упражнений — значительное (на 95—130 %).

Непосредственное воздействие массажа на грудную клетку такими приемами, как поколачивание и растирание межреберных промежутков, вызывает углубление дыхания рефлекторным путем, особенно у ослабленных лиц.

После массажа утомленных мышц увеличивается количество мочи и выделение продуктов азотистого обмена (до 15 %). Такое действие усиливается, если одновременно применяются тепловые процедуры, массаж же неутомленных мышц не дает таких результатов. Таким образом, увеличение выделения мочи и азота связано с изменением состояния мышечной системы, накоплением в ней мочевины и молочной кислоты.

Одной из положительных сторон влияния массажа на организм является увеличение выделения жидкости из мышц. Нередко после мышечной работы возникает набухание, так называемая «одеревенелость» мышц, сопровождающаяся снижением их сократительной способности и болезненностью. Подобное явление может наблюдаться в течение ряда дней. Массаж способствует удалению жидкости из мышц и восстановлению их нормального состояния.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МАССАЖА

При выполнении самомассажа гигиенические нормы должны быть максимально приближены к тем, которые необходимо соблюдать в массажных кабинетах.

Оборудование массажной. Массаж проводится на специальных кушетках, покрытых тонким слоем пенопласта и обитых кожезаменителем. Массажная

кушетка должна быть длиной около 2 м, шириной 0,6 м, высота зависит от роста массажиста — в среднем 0,7 м. Головной и ножной отделы кушетки (длиной 0,5 м) должны подниматься и опускаться на шарнирах. Желательно иметь дополнительно клеенчатые мешочки с песком и валики разных размеров для подкладывания под голову, руки, спину и голени.

В массажной необходимо иметь также: столик для массирования рук высотой 0,8 м, длиной 0,6 м и шириной 0,35 м, шкаф для хранения мягкого инвентаря, аптечку первой медицинской помощи.

Кабинет массажа должен быть оборудован умывальником с холодной и горячей водой. Площадь помещения определяется из расчета 8 м² на одну массажную кушетку и не менее 12 м² на одного массажиста. Температура воздуха в помещении должна быть в пределах +20 °С, относительная влажность — не выше 60 %. Важное значение имеет достаточное освещение массажной: глаза массажиста утомляются быстрее, чем мышцы массирующей руки, а это ведет к общей усталости. В норме наименьшая искусственная освещенность на уровне 0,8 м от пола при лампах накаливания должна быть 75 лк, а при люминесцентных лампах — 150 лк. Система вентиляции должна обеспечивать трехкратную смену воздуха в помещении в течение часа.

Требования к массируемому. Перед массажем по возможности необходимо принять теплый душ. Во время массажа пациент должен максимально расслаблять массируемые мышцы (это одно из главных требований), выполнять дополнительные указания врача и массажиста.

Требования к массажисту. Массажист должен хорошо знать анатомию, физиологическое действие отдельных приемов и массажа в целом, историю болезни пациента, основы травматологии и лечебной физической культуры. Надо тщательно следить за чистотой рук, коротко стричь ногти, снимать перед массажем кольца, ручные часы, чтобы не повредить кожу массируемого. Перед тем как приступить к массажу, следует ознакомиться с анамнезом пациента, его жалобами, настроением, особенностями течения патологического процесса. Это помогает ему выбрать приемы, уточнить характер их проведения и дозировку.

Необходимо строго соблюдать два основных условия, обеспечивающих правильное выполнение массажа. **Первое** — это максимальное расслабление мышц массируемой области. Наиболее полное расслабление мышц наступает, когда суставы конечности согнуты под определенным углом. Подобное состояние мышцы называется средним физиологическим положением покоя.

Например, при положении на спине это состояние для мышц верхней конечности достигается отведением плеча от туловища на 45°, сгибанием в локтевом суставе на 110° и в лучезапястном на 95—100°. Для мышц нижней конечности — в положении лежа на животе отведение ноги от вертикали на 30° и сгибание в коленном суставе под углом 115°. Расслаблению мышц обычно мешают [illegible] холодными руками, [illegible] движения, причиняющие [illegible] ния массируемого во время массажа и разговор, охлаждение [illegible] массируемых участков.

Второе [illegible] ние — это устойчивое [illegible] сти тела. Для [illegible] ердая опора в виде [illegible] оторых должна [illegible] сируемая область [illegible] провисающих [illegible] жаж[illegible]ист должен [illegible] шочки, свою сво[illegible]

[illegible] массажа в на[illegible]чительной степени зависит от удобного неутомляющего положения массажиста. Наиболее экономна поза, при [illegible] в положении стоя центр тяжести [illegible] щается ближе к одной ноге, а [illegible] нога, отставленная несколько назад [illegible] держивает равно[illegible]е тела. Это [illegible] асимметричное положение [illegible] опоры во время работы должно м[illegible] чтобы нагружать попеременно [illegible] обеих ног, и комбинироваться с [illegible] нием сидя.

Важное значение при массаже [illegible] правильный ритм дыхания масс[illegible]

Существует мнение, что м[illegible] должен обладать большой мышечной силой. Но оно является ошибочным. В

нове работы массажиста лежит не сила, а умение ритмично работать как правой, так и левой рукой; вовлекать в работу только те мышцы, которые выполняют намеченный прием; использовать для усиления действия приема массу своего тела; осуществлять частую смену групп работающих мышц.

Наконец, качество работы массажиста зависит от тонкости осязания, степени развития мышечного чувства, так как руки массажиста являются его «второй парой глаз».

Смазывающие средства. При влажной коже и при выраженном волосяном покрове у массируемого применяются различные вещества, делающие ее более скользкой, предохраняющие от раздражения и травмирования. Такими свойствами в наибольшей степени обладают тальк, детская присыпка, гальмитон. Порошки эти впитывают пот, делают кожу гладкой, не вызывают раздражения, значительно меньше засоряют ее поры, чем, например, вазелин. Рекомендуется применять эти средства в небольшом количестве, главным образом при выполнении скользящих приемов — поглаживания и частично растирания.

В последнее время в качестве смазывающих средств используются [illegible] растительного происхождения [illegible] очищенное оливковое или массажный крем «Балет». Обеспечивая скользящий эффект, масла хорошо [illegible] в кожу, улучшают ее тургор.

В лечебном, гигиеническом и спортивном видах массажа употребляются все возможные разогревающие средства. Они улучшают скольжение, способствуют быстрой гиперемии кожи и подкожной клетчатки, уменьшают воспалительный процесс, болевые ощущения в травмированной области. Лучшими из них являются эфкамон, апизартрон, випратокс, финалгон, Бон-Бенге, гепароид. Методика их применения следующая: на массируемую поверхность (часто в середине сеанса массажа) наносится тонкий слой мази, которая последующими массажными приемами втирается в кожу. При необходимости после массажа накладывается сухая повязка или компресс.

ТЕХНИКА ПРИЕМОВ САМОМАССАЖА ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ

К основным приемам ручного самомассажа относятся [illegible] рационально [illegible] и вибрационные приемы, пассивные движения.

Как освоить технику поглаживания

Понятие о приеме. При поглаживании кисть массажиста свободно скользит по коже массируемого. С этого приема чаще всего начинается массаж и им же обычно заканчивается. Поглаживание используется также при переходе от одного приема массажа к другому. Общая длительность применения этого приема обычно не превышает 5—10 % от всего времени сеанса массажа.

Физиологическое влияние. Поглаживание оказывает воздействие на центральную и периферическую нервную систему, лимфообращение и состояние кожи. При медленном, мягком проведении [illegible] снижается возбудимость нервной [illegible] сть проявляется ярко выраженный [illegible] ющий эффект. Та[illegible] поглаживания позволяет [illegible] болезненность при [illegible] евании нервно-мышечной [illegible] рое по телу поглаживание может способствовать некоторому повышению тонуса центральной нервной системы.

Поглаживание в большей мере, чем любой другой прием, ускоряет ток лимфы благодаря проведению его только по ходу крупных лимфатических сосудов.

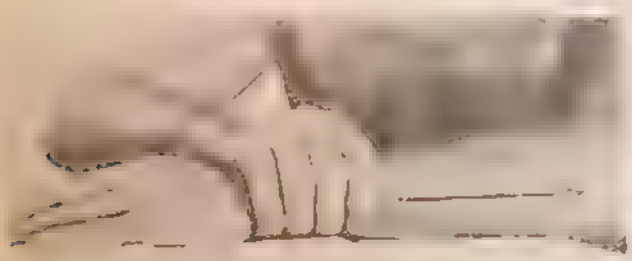
Влияние поглаживания на кожу сводится к тому, что она очищается от омертвевших клеток эпидермиса, при этом открываются протоки потовых и сальных желез, улучшается их деятельность, усиливается кровообращение в коже. В результате всего этого улучшается питание кожи, она становится более мягкой и эластичной.

Разновидности приема. Поглаживание ладонной поверхностью кисти: одной рукой; двумя руками; попеременное, одновременное; с отягощением; круговое.

...ание тыльной поверхностью ... Поглаживание пальцами.

Поглаживание ладонной поверхностью кисти. Представляет собой довольно простой и в то же время наиболее часто применяемый прием.

Поглаживание одной рукой. Исходное положение — сидя, массируемая область предплечье. Для этого необходимо сесть за стол, положить на него предплечье и ладонь левой руки, согнутой в локтевом суставе в пределах 90°. Обхватить расслабленной, мягкой правой кистью запястье левой — массируемой руки. Выполняем скользящее движение вдоль предплечья до локтевого сустава и, приподняв кисть, возвращаемся в исходное положение.

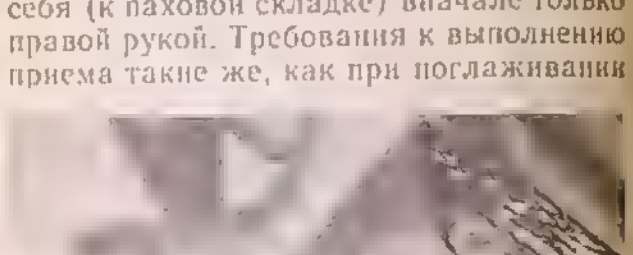


Сила давления во время выполнения приема небольшая, но рука должна хорошо скользить по коже, нажатие несколько увеличивается к середине массируемой области и ослабевает в конце движения. Необходимо следить за тем, чтобы поглаживание выполнялось в медленном темпе, в среднем за 2—3 секунды, и строго в одном, указанном направлении, то есть по ходу тока лимфы. Пальцы (II-V) должны быть сомкнуты так, чтобы вся поверхность ладони и пальцев массирующей (правой) кисти плотно прилегала к предплечью. Частая ошибка при самомассаже: несколько увеличивают напряжение кисти, приподнимают (отрывают) подушечки пальцев от кожи предплечья, что вызывает неприятные ощущения, особенно при выраженном волосяном покрове.

Прием повторяется несколько раз. После этого необходимо изучить технику приема другой рукой (левой кистью), предварительно сменив руки в исходном положении. Качество самомассажа зависит от ритмичности движения. Сила, амплитуда, темп при выполнении приемов левой и правой рукой должны быть одинаковыми.

Попеременное поглаживание руками. Исходное положение — сидя, массируемая область — передняя поверхность бедра. Для этого левая (массируемая) нога должна лежать выпрямленной на краю кушетки или на двух стульях, другая — опираться на пол. Накладываем кисти рук чуть выше коленного сустава следующим образом. Максимально отведенный большой палец правой кисти лежит на наружной поверхности бедра, а остальные, плотно сомкнутые пальцы,— на внутренней. У левой кисти наоборот, четыре сомкнутых пальца — на наружной, большой — на внутренней поверхности бедра.

Выполняем скользящее движение на себя (к паховой складке) вначале только правой рукой. Требования к выполнению приема такие же, как при поглаживании



одной рукой в области предплечья. В момент, когда правая кисть доходит до паховой складки и должна вернуться в исходное положение, от коленного сустава начинает движение левая рука. И так далее попеременно: правая кисть вновь выполняет этот прием, когда левая доходит до паховой складки. Таким образом, руки работают попеременно и непрерывно.

Повторить несколько раз и изучить технику приема на другой (правой) передней поверхности бедра.

Одновременное поглаживание двумя руками. Первый вариант: исходное положение и массируемая область те же, что и при попеременном поглаживании, но кисти выполняют скользящее движение одновременно.

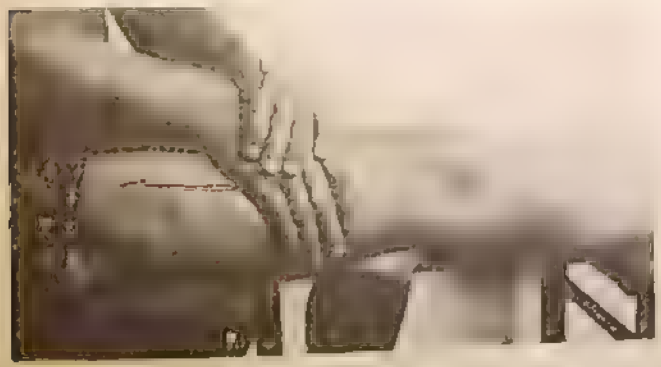
Второй вариант: исходное положение то же, массируемая область — передняя поверхность голени и бедра. Для это

ки рук кладем на тыльную поверхность стопы, левая — снаружи и становится ведущей, правая — по внутренней поверхности.

Выполняя скользящее движение вдоль голени, можно обходить большеберцовую кость и надколенник. При переходе на переднюю поверхность бедра кисти обхватывают его за счет максимального отведения больших пальцев и скользят одновременно до паховой складки.

Повторить несколько [illegible] технику приема на [illegible] (правой) передней поверхности голени и бедра. В этом случае ведущей рукой является правая.

Поглаживание с отягощением. Исходное положение — сидя, массируемая область — передняя поверхность правого бедра. Накладываем правую кисть выше коленного сустава, отведенный большой палец находится на внутренней поверхности бедра, остальные четыре сомкнутых пальца — на наружной. Левую кисть помещаем сверху на тыльную поверхность правой и варьируем таким образом силу давления.



Выполняем скользящее движение к паховой складке (смотри поглаживание двумя руками). Повторяем прием на другой конечности, массирующей рукой становится левая.

Круговое поглаживание. Применяется главным образом на суставах. Исходное положение то же, массируемая область — правый коленный сустав.

Накладываем правую руку на коленный сустав (большой палец максимально отведен, четыре — сомкнуты) и выполняем скользящее круговое движение вправо (по часовой стрелке), при этом большой палец поглаживает переднюю, а остальные четыре пальца — наружную и заднюю поверхности сустава. Повторяем то же левой рукой, выполняя круговое движение влево (против часовой стрелки), при этом большой палец поглаживает переднюю, остальные четыре — внутреннюю и заднюю поверхности сустава.

После того как движение освоено правой и левой рукой, можно выполнить прием двумя руками попеременными круговыми движениями, как бы рисуя восьмерку.

Повторить прием на другом коленном суставе. Методические указания к технике массажа те же.

Наиболее часто встречающиеся ошибки при поглаживании ладонной поверхностью кисти следующие:

сильное надавливание из-за чрезмерного напряжения кисти, вызывающее неприятные ощущения или причиняющее боль;

разведение пальцев (II—V), что создает неравномерное давление на массируемую поверхность и вызывает неприятные ощущения;

неплотное прилегание ладони к поверхности тела;

очень быстрый темп.

Поглаживание тыльной поверхностью кисти. Прием отличается от предыдущего тем, что массирующей областью является тыльная поверхность вторых фаланг II—V пальцев, кисть при этом почти сжата в кулак.

Прием выполняется: а) одной рукой; б) двумя руками попеременно; в) двумя руками одновременно; г) с отягощением. Воздействие данного приема значительно сильнее, чем при поглаживании ладонной поверхностью кисти.

Изучать технику данного приема лучше всего на областях предплечья и бедра. Опыт показывает, что после освоения поглаживания ладонной поверхностью кисти самообучение этому приему не представляет затруднений.

Наиболее часто встречаются следующие ошибки:

неплотное прилегание тыльной поверхности фаланг к массируемой поверхности тела;

чрезмерное надавливание, чаще всего из-за напряжения массирующей кисти.

Поглаживание пальцами. Прием применяется в основном на пальцах, кистях, стопах и на небольших по объему мышцах.

Выполняется: а) одним пальцем; б) большим и указательным, в) большими; г) большим пальцем и его возвышением.

Техническое выполнение данного приема принципиально не отличается от поглаживания ладонной поверхностью кисти, ошибки при изучении фактически те же.

В качестве примера рассмотрим поглаживание большим и указательным пальцами. Исходное положение — сидя, массируемая область — боковые поверхности третьего пальца. Первый вариант — левый локтевой сустав массируемой руки опирается на стол, предплечье и кисть находятся в вертикальном положении. Второй вариант — предплечье левой массируемой руки лежит на бедрах.

[illegible] риантах подушечки больш[illegible] указательного пальцев правой [illegible] прижаты к боковым поверхностям массируемого третьего пальца около корня ногтя и выполняют скользящее движение до пястно-фалангового сустава. Можно это движение продолжить и далее [illegible] по мышцам тыльной поверхности предплечья. Повторить несколько раз на одной, затем на другой руке.

Как освоить технику растирания

Понятие о приеме. Растирание заключается в смещении или растяжении тканей в различных направлениях. При растирании массирующая рука должна сдвигать, смещать кожу, а не скользить по ней. Другими словами, растирание — это массаж тканей через кожу. Общая длительность применения этого приема в среднем равна 30—40 % времени от всего сеанса массажа.

...ническое влияние. Растира... на органы эффективнее, ...нивание. Производя смещение ...тяжение тканей, оно раздражает их рецепторы, а также рецепторы сосудов. Это приводит к усилению кровообращения за счет расширения сосудов и ускорения кровотока в них. Температура кожи при этом может повышаться на 1,5—3°. К тканям доставляется больше кислорода, питательных и химически активных веществ, быстрее удаляются продукты обмена. Это действие растирания широко используется при любом виде массажа.

В восстановительном сеансе массажа после физических нагрузок растирание способствует более быстрому окислению недоокисленных продуктов в тканях и их удалению из организма. В лечебном массаже растирание содействует ускорению рассасывания затвердений, патологических отложений солей и скоплений жидкости в тканях, особенно в области суставов, способствует увеличению подвижности тканей, растяжению рубцов, сращений (при сращении кожи). Энергичное растирание повышает сократительную функцию и тонус мышц.

Растирание является основным приемом при массаже как здоровых, так и больных суставов. Оно очень полезно при перегрузках, травмах и микротравмах, часто приводящих к отечности, затвердению в области суставов, к уменьшению движений в них и болезненности. Растирание ... возбудимость центральной нервной системы. При невритах и невралгиях глубокое растирание по ходу нервных стволов или в местах нервных окончаний способствует уменьшению болевых ощущений.

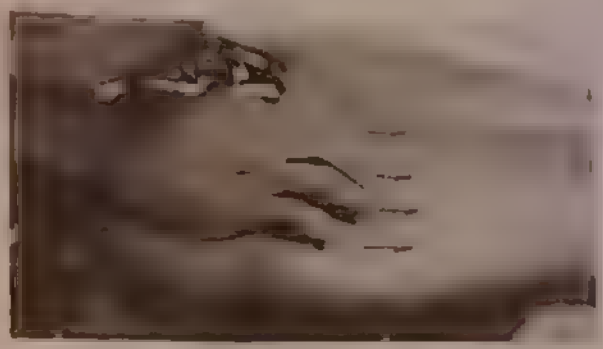
Разновидности приема. Круговое растирание подушечками пальцев. Круговое растирание основанием ладони. Круговое растирание тыльной поверхностью пальцев. Пилообразное растирание.

Круговое растирание подушечками пальцев. Выполняется а) одной рукой; б) двумя руками; в) с отягощением; г) одними пальцами.

Из разновидностей приемов растирания наиболее сложными и ... более длительной тренировки ... техники кругового растирания пальцев самообуче...

...ние другим разновидностям приема происходит легко.

Растирание одной рукой. Исходное положение — сидя, массируемая область — передняя поверхность бедра. Правую кисть кладем основанием ладони на бедро (создаем опору для массирующих пальцев), максимально расслабленные пальцы слегка согнуты в межфаланговых суставах и опираются на подушечки.



Для начала сделаем следующее упражнение: сгибая пальцы (II—V) во всех межфаланговых суставах, сдвигаем кожу на себя. В момент сгибания давление подушечек пальцев увеличивается (пальцы не должны скользить и гладить кожу, они как бы приклеены к ней). Затем разгибаем пальцы так, чтобы давление на кожу уменьшалось, а кисть в конце упражнения несколько продвинулась вперед (от себя). Такой вариант растирания подушечками пальцев называется прямолинейным.

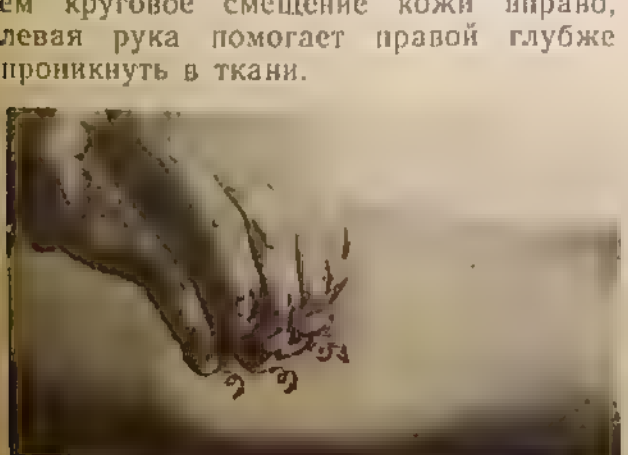
Добавим следующее движение — в начальный момент сгибания пальцев и смещении кожи делаем также круговое движение по окружности (радиус его зависит от подвижности кожи этой области) и возвращаемся в исходное положение. При этом для выполнения следующего цикла движений кисть в момент разгибания пальцев чуть-чуть смещается вперед.

Таким образом, пальцы при круговом растирании как бы рисуют спираль, в данном случае правая рука движется по часовой стрелке.

Повторить несколько раз и разучить прием другой (левой) рукой, но лучше на левой передней поверхности бедра (смена положения ног). Круговое движение левой кисти выполняется против часовой стрелки.

Растирание двумя руками. Исходное положение и массируемая область те же. Кисти кладем параллельно на переднюю поверхность бедра, с опорой на основания ладоней. Выполняем круговое смещение кожи подушечками пальцев (II—V) правой руки — вправо, а левой влево, обязательно попеременно, с целью взаимной компенсации растягиваемых участков кожи.

Растирание с отягощением. Исходное положение и массируемая область те же. Правая кисть в исходном положении, подушечки пальцев левой руки кладем на ногтевые фаланги правой. Выполняем круговое смещение кожи вправо, левая рука помогает правой глубже проникнуть в ткани.



Обязательно повторить эту разновидность на другом бедре. Массирующая рука — левая, правая помогает ей, а круговое движение выполняем влево (против часовой стрелки).

Растирание отдельными пальцами. Применяется в основном на кисти, стопе и небольших мышцах (например, растирание подушечкой указательного пальца в области предплечья).

Наиболее часто встречающиеся ошибки при выполнении кругового растирания подушечками пальцев следующие:

грубое, болезненное растирание;

растирающие движения по коже, а не [illegible]й

растирание прямыми пальцами, вместо того чтобы сгибать и разгибать их в в межфаланговых суставах, что утомительно;

потеря опоры основанием ладони — при круговом растирании подушечками пальцев;

постоянная сила давления пальцами (малая или, наоборот, большая) вместо необходимого усиления при сгибании пальцев и ослабления при разгибании;

излишнее напряжение кисти;

одновременные фазы движения при растирании двумя руками (как при плавании брассом) вместо попеременного движения (как при кроле).

Круговое растирание основанием ладони. Применяется в основном на больших по площади областях. Выполняется: а) одной рукой; б) двумя руками; в) с отягощением.

Исходное положение и массируемая область те же. Слегка разогнутые кисть или кисти кладутся на бедро основанием ладони. Выполняем круговые смещения кожи правой рукой — вправо, левой — влево, а двумя — попеременно.

При растирании с отягощением кисть одной руки основанием ладони помещается на массируемую область, другая рука для усиления давления наклады-

растся на нее. Направление движения такое же, как при растирании подушечками пальцев с отягощением.

Наиболее часто встречающиеся ошибки при этом приеме следующие:

скольжение по коже;

постоянная сила давления;

излишнее напряжение кисти;

одновременные фазы движения при растирании двумя руками.

Круговое растирание тыльной стороной пальцев. Выполняется: а) одной рукой; б) двумя руками. Исходное положение и массируемая область те же.

Кисть (или кисти) полусжаты, с опорой на большой палец накладываем тыльную поверхность средних фаланг пальцев (II—V) на массируемую область. Затем производим круговые движения, как это описано выше, причем пальцы не скользят по коже, а смещаются вместе с ней. Круговое движение выполняется за счет сгибания и разгибания пальцев в пястнофаланговых суставах с опорой кисти руки на большой палец.

Основные ошибки, встречающиеся при изучении приема, такие же, как при растирании основанием ладони.

Пилообразное растирание. В массаже обычно выполняется двумя руками, при самомассаже можно и одной кистью. Исходное положение и массируемая область те же.

Обе кисти ребрами или ладонями прижимаются к массируемой области, а затем совершают пилящие движения (одна рука идет на себя, другая от себя), сдвигая кожу в переднезаднем или поперечных направлениях. Расстояние между кистями — 2—5 см. При выполнении этого приема руки могут скользить по коже, но чем больше смещается кожа, тем сильнее должен ощущаться тепловой эффект.

При проведении всех разновидностей растирания пальцы и кисти не должны излишне напрягаться, иначе растирание будет болезненным и утомительным. Кисть должна быть достаточно мягкой.

Как освоить технику разминания

Понятие о приеме. Разминание состоит в захватывании, приподнимании, сдавлении и смещении тканей. Разминание — трудоемкий и технически сложный прием, но занимает большое место почти в любом сеансе массажа (50 и более процентов времени).

Физиологическое влияние. Разминание воздействует на нервно-мышечный аппарат сильнее, чем все другие приемы. Самомассируемый обязан хорошо владеть этим приемом. Не случайно говорят: массировать — значит разминать. Это положение особенно верно для спортивного и гигиенического массажа.

Под влиянием разминания в мышцах значительно увеличивается лимфо- и кровообращение, активизируются окислительно-восстановительные процессы и улучшается питание тканей. Более быстрому восстановлению работоспособности мышц помогает не только ускорение тока этих жидкостей, но и то обстоятельство, что, сдавливая, смещая и разминая мышечную ткань, массажист механически «разрыхляет» ее, устраняя затвердения в ней. Поэтому разминание можно рассматривать как своеобразную пассивную гимнастику для мышц.

Разминание способствует возбуждению рецепторов мышечной ткани, сухожилий, связок, суставных сумок, фасций и надкостницы, благодаря чему создаются условия, которые изменяют состояние центральной нервной системы и периферического нервно-мышечного аппарата. Направление этих изменений зависит от характера проведения разминания: темпа, силы и длительности применения приема. При медленном, сильном (глубоком) и длительном разминании обычно снижаются возбудимость коры головного мозга и тонус мышц. И наоборот, при более быстром, поверхностном и коротком по времени разминании происходит повышение возбудительных процессов и тонуса мышц.

Таким образом, меняя характер разминания, можно по-разному влиять на функциональное состояние нервно-мышечной системы.

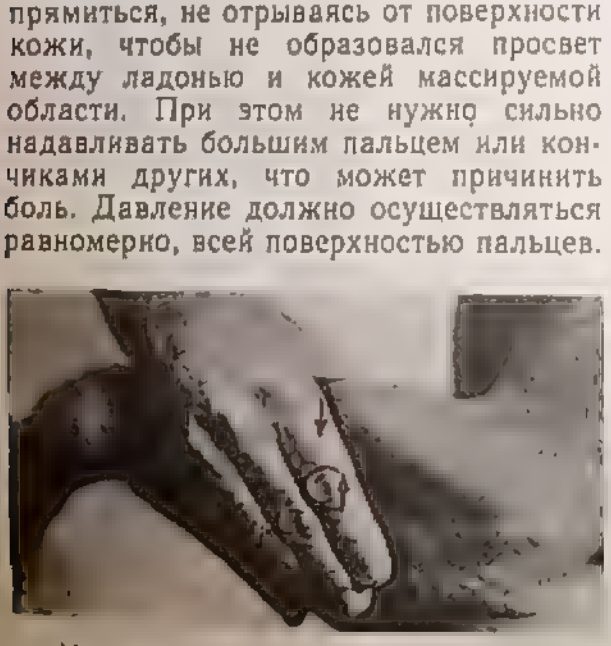
Разновидности приема. Разминание одной рукой. Поперечное разминание: а) однонаправленное; б) разнонаправленное. Длинное (продольное) разминание. Разминание с отягощением. Разминание подушечками всех пальцев.

Разминание одной рукой. Техника этого вида разминания является основой

для других разновидностей. Поэтому, чтобы научиться правильно делать разминание двумя руками, надо освоить этот прием отдельно правой и левой рукой.

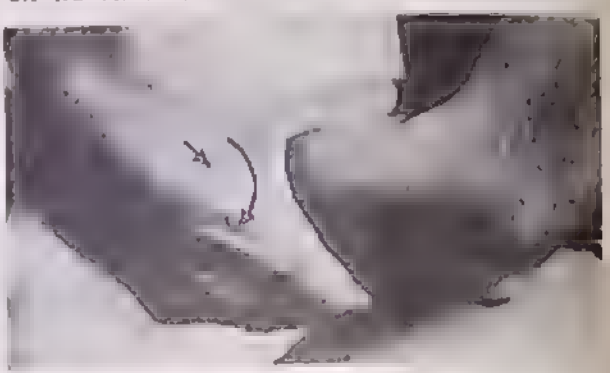
Исходное положение — сидя, массируемая область — предплечье (смотри — поглаживание ладонной поверхностью кисти). Правую кисть накладываем поперек мышечных волокон разгибателей кисти и пальцев так, чтобы большой максимально отведенный палец лежал на ладонной поверхности предплечья, а четыре сомкнутых — на тыльной. Такое наложение руки условно является первой фазой движений приема, этим подчеркивается значение данной фазы для правильного технического выполнения разминания в дальнейшем.

Проверяем: захват массируемой области должен быть мягким, но плотным. Затем делаем следующее упражнение: сгибая (вполсилы) пальцы в пястно-фаланговых суставах, следует сдавить и приподнять мышцы, затем, расслабляя кисть, отпустить их. При второй фазе приема, то есть при захвате и приподнимании мышцы от кости, пальцы в межфаланговых суставах должны выпрямиться, не отрываясь от поверхности кожи, чтобы не образовался просвет между ладонью и кожей массируемой области. При этом не нужно сильно надавливать большим пальцем или кончиками других, что может причинить боль. Давление должно осуществляться равномерно, всей поверхностью пальцев.



Повторить это упражнение несколько раз и добавить следующее, сдавливая и приподнимая мышцы, сместить их затем в сторону большого пальца путем несильного давления пальцев (II—V) массирующей кисти, как бы приближая ее к себе. При этом следует избегать соскальзывания пальцев с кожи, что неприятно и болезненно.

При переходе к третьей фазе приема необходимо, несколько расслабляя пальцы, последовательно прижимать ими мышцы, а также ладонью и основанием ладони. Во время движения кисть совершает перекат, словно «замешивая тесто», и возвращает мышцу в исходное положение. Пальцы в этот момент расслабляются, отдыхают и незаметно смещаются по мышце.



Повторить третью фазу приема отдельно, следить, чтобы пальцы (особенно большой) не были напряжены. В противном случае они «впиваются» в мышцы, вызывая болевые ощущения.

Когда будут освоены эти упражнения, следует выполнить прием целиком, слитно, и повторить несколько раз, строго учитывая все методические указания. Затем необходимо изучить технику приема для другой кисти, поменяв руки в исходном положении. Необходимо, чтобы обе руки выполняли прием в одинаковом ритме

При выполнении приема разминания чаще всего встречаются следующие ошибки.

Во время первой фазы движений: недостаточное отведение большого пальца от остальных, вследствие чего в дальнейшем захватывается только кожа.

Во второй фазе: сгибание пальцев в межфаланговых суставах (щипковый, болезненный захват мышц); скольжение пальцев по коже (вызывает неприятные или болезненные ощущения); просвет между кожей массируемой области и ладонью, не позволяющий произвести полноценного разминания.

Это и сильное, вызывающее болезненность надавливание кончиками пальцев или подушечками больших пальцев;

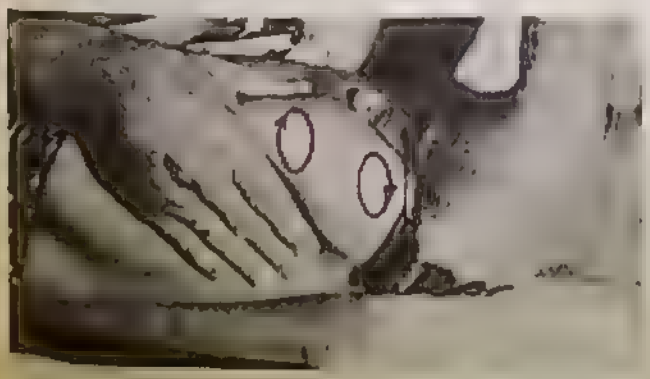
чрезмерное напряжение руки и пальцев, что неприятно и болезненно, вызывает быстрое утомление; недостаточное смещение мышцы к большому пальцу.

В третьей фазе движений: раннее (до прижимания мышц) или недостаточное расслабление пальцев; выполнение всех фаз разминания резко (рывками) вместо плавных, равномерных движений.

Поперечное разминание. Исходное положение — сидя, массируемая область — передняя поверхность бедра (смотри — поглаживание двумя руками). Положение это сохраняется при изучении техники всех последующих разновидностей приема разминания.

Обе кисти накладываем рядом, поперек мышечных волокон, под углом 45° одна к другой, причем указательные и большие пальцы могут соприкасаться друг с другом. Большие пальцы при этом находятся с внутренней стороны мышцы, все остальные — с наружной, локти максимально разведены в стороны. При проведении поперечного разминания можно также выделить описанные выше три фазы: наложение рук; захват, сдавление и смещение мышц; возвращение их на место с одновременным прижатием к костному ложу.

При однонаправленном поперечном разминании максимально смещаем мышцы на себя, в сторону больших пальцев, как будто «мешаем тесто» руками. При разнонаправленном поперечном разминании одна рука смещает мышцы на себя, другая — от себя. Руки не остаются на одном месте, а постепенно передвигаются по массируемой области. При этом должна создаваться иллюзия, будто сами мышцы, изгибаясь, передвигаются по своему протяжению.



Наиболее часто встречающиеся ошибки те же, что и при разминании одной рукой.

Длинное (продольное) разминание. Выполняется двумя руками, которые охватывают массируемое бедро с обеих сторон, при этом нога слегка отведена и согнута в колене. Большие пальцы накладываются так, чтобы один из них находился на 2—3 см впереди другого.

Техника разминания подобна описанной выше. Захват, сдавливание и смещение, прижимание и возврат мышцы нужно осуществлять попеременно обеими руками. Руки производят кругообразные движения, каждая в свою сторону так, что одна рука как бы следует за другой и двигаются по длине мышцы плавно, без рывков. Руки по возможности должны быть разогнуты в локтях, что увеличивает силу давления в третьей фазе движений (за счет использования массы тела).

Разминание с отягощением. Ладонная поверхность одной руки кладется поперек мышечных волокон, как при разминании одной рукой, большой палец — с одной стороны мышцы, остальные — с противоположной. Другая рука накладывается сверху на тыльную сторону массирующей руки (пальцы на пальцы), помогает нижней захватывать и сдавливать мышцу, а затем увеличивает силу давления при прижимании мышц к костному ложу. Руки работают синхронно.

Разминание подушечками всех пальцев. При выполнении приема каждый палец обеих рук сдавливает мышцу в своем ритме, что можно сравнить с игрой на рояле. Продвижение рук по мышце осуществляется плавно, а сам прием напоминает движение при размягчении пластилина. Эта разновидность

разминания используется чаще всего для определения затвердений (болезненных участков) и локального повышения тонуса мышц.

При самомассаже верхних конечностей прием выполняется одной рукой.

Как освоить технику ударных приемов

Понятие о приеме. При выполнении ударных приемов ритмичные и частые удары совершаются различными частями кисти и пальцев массажиста. Длительность применения их в самомассаже небольшая, измеряется секундами.

Физиологическое влияние. Для ударных приемов характерно резкое механическое воздействие на ткани. Физиологический эффект зависит от силы, темпа и длительности применения. При слабом и редком поколачивании, похлопывании и рублении наблюдается сужение сосудов, при интенсивных и быстрых ударах — расширение сосудов и усиленный приток крови к соответствующей области тела, что способствует улучшению питания массируемого участка

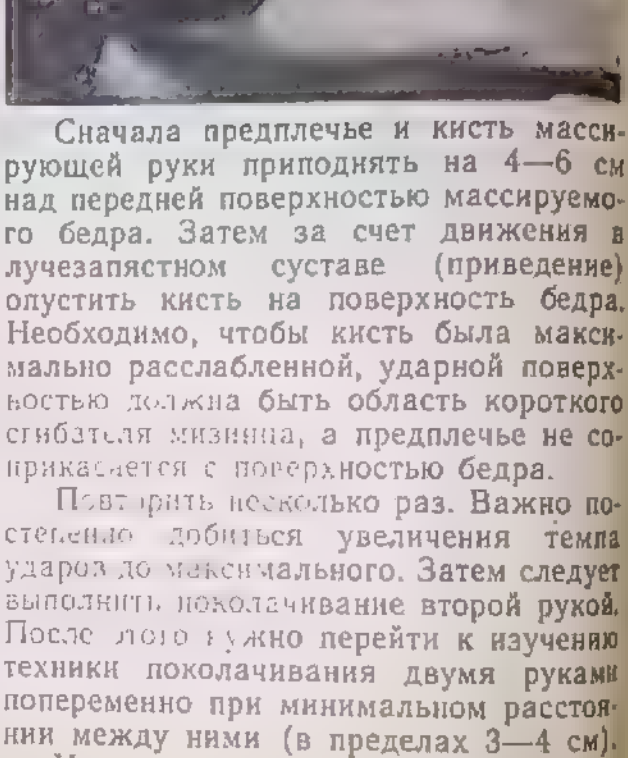
Все разновидности приема оказывают выраженное влияние на периферический и центральный отделы нервной системы. При энергичном и быстром проведении ударные приемы действуют тонизирующе и в связи с этим нередко используются в массаже изолированно, только с этой целью. При некоторых болезненных процессах в мышцах способствуют уменьшению и даже прекращению болей, в связи с чем могут применяться как отвлекающее средство при массировании тканей, соседних с болевым участком.

Имеются данные о том, что ударные приемы воздействуют и на деятельность внутренних органов. Так, при поколачивании грудной клетки отмечено урежение пульса, снижение артериального давления.

Разновидности приема: поколачивание, похлопывание, рубление.

Изучать технику всех разновидностей приема лучше всего на передней поверхности бедра в положении сидя (смотри поглаживание двумя руками).

Поколачивание. При поколачивании кисти полусжаты в кулак и поставлены в среднее положение между супинацией и пронацией, то есть производится почти перпендикулярный удар рукой (кулаком) со стороны мизинца.



Сначала предплечье и кисть массирующей руки приподнять на 4—6 см над передней поверхностью массируемого бедра. Затем за счет движения в лучезапястном суставе (приведение) опустить кисть на поверхность бедра. Необходимо, чтобы кисть была максимально расслабленной, ударной поверхностью должна быть область короткого сгибателя мизинца, а предплечье не соприкасается с поверхностью бедра.

Повторить несколько раз. Важно постепенно добиться увеличения темпа ударов до максимального. Затем следует выполнить поколачивание второй рукой. После этого нужно перейти к изучению техники поколачивания двумя руками попеременно при минимальном расстоянии между ними (в пределах 3—4 см).

На протяжении всего времени изучения техники поколачивания не забывайте о максимально расслабленной кисти массирующей руки.

Похлопывание. При похлопывании кисть может принимать две формы. Первая — «ковша»: пальцы (II—V) плотно сомкнуты и полусогнуты только в пястно-фаланговых суставах, большой палец прижат ко второй фаланге второго пальца (как при зачерпывании ладонью воды), удар наносится подушечками пальцев и основанием ладони. Вторая форма — «коробочки»: пальцы сомкнуты и согнуты в двух последних суставах, большой палец прижат к наружной поверхности указательного пальца, удар наносится тыльной поверхностью концевых фаланг пальцев, возвышением большого пальца и основанием ладони.

Во время вертикального удара при таких положениях кисти внутри «ковша» и «коробочки» образуется воздушная подушка, которая значительно смягчает удар и делает его более эластичным.

Самостоятельное изучение техники похлопывания целесообразно начинать сначала одной рукой, затем второй и только после этого двумя руками. Кисть в форме «ковша» или «коробочки» полностью расслаблена (за счет сгибания-разгибания в лучезапястном суставе) и производит удары, постепенно увеличивая темп.

При выполнении похлопывания двумя руками также необходимо следить за попеременной их работой и соблюдать минимальное расстояние между ними.

Рубление. Самый сильный прием, может проводиться ребром ладони а также IV и V пальцами

При рублении ребром ладони рука устанавливается в среднее положение между супинацией и пронацией, пальцы расслаблены, удар производится ребром кисти со стороны мизинца. Для этого предплечье и кисть массирующей руки следует приподнять на 4—6 см над поверхностью массируемого бедра, как при поколачивании, и затем опускать на нее кисть в основном поворотом в лучезапястном суставе (приведение).

При рублении IV—V пальцами они должны быть несколько согнуты, раздвинуты и максимально расслаблены, удар производится подушечками. Следует приподнять предплечье и кисть массирующей руки над передней поверхностью бедра на 8—12 см. Если в этом положении медленно опустить кисть только за счет движения в лучезапястном суставе (приведение), то с поверхностью массируемого бедра соприкасается сначала подушечка V пальца, затем IV пальца, остальные пальцы соприкасаются только друг с другом и не должны иметь контакта с бедром.

Это соприкосновение пальцев при нанесении ударов, выполняемых в быстром темпе, создает характерный «хлесткий» звук, что свидетельствует о том, что пальцы хорошо расслаблены и прием выполняется правильно. Разучивать технику рубления необходимо сначала одной, затем второй рукой, а потом двумя. Важно добиться высокого темпа движений, следить за очередностью рук и их максимальным расслаблением, не увеличивать расстояние между ними.

Таким образом, при самостоятельном изучении техники ударных приемов необходимо избегать следующих основных ошибок: кисти напряжены и закреплены в лучезапястных суставах; недостаточный темп движения (меньше 4—6 ударов в секунду); одновременная работа рук; чрезмерное расстояние между руками (более 2—4 см); выполнение приема за счет движений в локтевых и плечевых суставах

Как освоить технику вибрационных приемов

Понятие о приеме. Разновидности его характеризуются применением быстрых колебательных или толчкообразных движений, вызывающих сотрясение тканей. Длительность применения приема небольшая, всего несколько секунд.

Физиологическое влияние. Вибрационные приемы вызывают сотрясение массируемых тканей и тем самым воздействуют через различные рецепторы (чувствительные, двигательные, секреторные) на центральную нервную систему. Легкое сотрясение тканей действует

на нервную систему успокаивающе, а интенсивное — возбуждающе. Сотрясение тканей, особенно вибрация, в ряде случаев обладает обезболивающим действием, что используется при некоторых заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата.

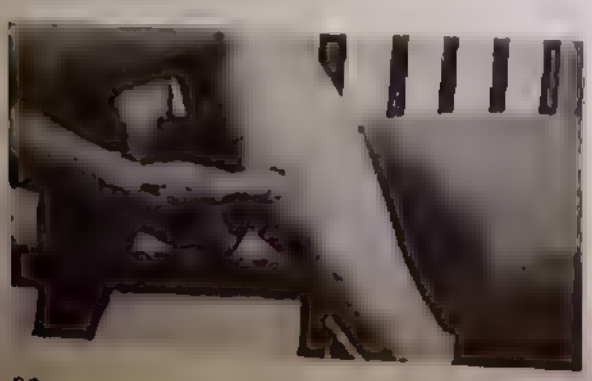
В сочетании с другими массажными манипуляциями вибрационные приемы улучшают отток лимфы, межтканевой жидкости и венозной крови, повышают сократительную способность мышц. Кроме того, с их помощью можно определить тонус мышц, способность к расслаблению.

Разновидности приема: потряхивание, валяние, вибрация. Изучать технику потряхивания, валяния и вибрации лучше всего на передней поверхности бедра.

Потряхивание. Часто употребляемая разновидность приема, выполняется при полном расслаблении массируемых мышц.

Массирующая кисть всей ладонной поверхностью с пальцами, направленными в сторону коленного сустава, накладывается на бедро и несильно надавливает на мышцу. При этом пальцы слегка разведены. Рука с максимальной частотой (более 4 раз в секунду) выполняет небольшие по амплитуде колебательные движения из стороны в сторону, поперек волокон четырехглавой мышцы бедра. Продвижение по массируемой мышце можно выполнять вперед и назад.

При самомассаже достаточно уметь выполнять потряхивание одной рукой (правой). Потряхивание применяется также и на меньших по объему мышцах. Самостоятельно изучать эту разновидность приема удобнее всего на икроножной мышце.



В положении сидя массируемая нога согнута в коленном суставе под прямым углом и стопой опирается на подставку высотой 20—30 см или перекладину второго стула. Большой палец массирующей руки накладывается с одной стороны икроножной мышцы, остальные пальцы — с другой, рука производит быстрые движения из стороны в сторону, как бы перебрасывая мышцу от большого пальца к остальным и обратно.

Валяние. Технику валяния удобно изучать на области бедра в следующем положении: сидя, массируемую ногу слегка согнуть и отвести в сторону так, чтобы все группы мышц бедра были равномерно расслаблены

Массируемую область слегка сжать в ладонях, пальцы направлены вниз по внутренней и наружной поверхностям бедра. Обе руки попеременно совершают быстрые движения вверх-вниз с одновременным перетиранием и потряхиванием мышц. Желательно движение рук направлять к паху (от дистального к проксимальному концу бедра). Необходимо следить за тем, чтобы ладони обеих рук не скользили вверх-вниз по коже бедра, а как бы передавали (за счет давления) мышцу из одной руки в другую. После освоения техники валяния в этом положении сжать ладонями бедро (нижнюю и верхнюю поверхности) и выполнить те же движения.

Вибрация. Технику вибрации целесообразно осваивать следующим обра

зом: тыльная сторона пальцев кулака одной руки плотно прилегает к бедру и производит непрерывные колебательные движения, направляя их главным образом в глубину массируемой области, с усилением. После короткого отдыха прием повторить несколько раз, добиваясь при минимальной амплитуде максимального темпа колебательных (дрожательных) движений.

Затем необходимо выполнить вибрацию ладонной поверхностью первой фаланги большого пальца. В этом же положении выполнить вибрацию подушечкой среднего пальца, располагая его под разными углами вплоть до перпендикулярного к массируемой области положения.

Во всех случаях вибрация должна быть безболезненной. Для лучшего усвоения техники вибрации необходимо повторить все варианты приема на предплечье противоположной руки, положив ее на бедро.

Применяется техника вибрации и в точечном массаже. Наиболее часто при выполнении вибрационного приема встречаются следующие ошибки: недостаточное расслабление массируемых мышц; чрезмерная амплитуда колебательных движений; малая частота движений (менее 4 в секунду); при потряхивании и валянии движение производится не поперек хода мышечных волокон, как это следует делать, а в других направлениях.

Как освоить технику пассивных движений

Понятие о приеме. Под пассивными движениями понимают элементарные двигательные акты, характерные для работы суставов. Длительность применения приема так же, как и вибрационных, небольшая.

Физиологическое воздействие. Движения благотворно влияют на опорно-двигательный аппарат (мышцы, связки и суставы в целом), действуют успокаивающе на центральную нервную систему. Пассивные движения улучшают секрецию и циркуляцию синовиальной жидкости в суставной полости, а также крово- и лимфообращение в области суставов. С их помощью достигается хороший эффект при лечении тугоподвижности суставов, сморщивания и укорочения связочного аппарата, при мышечных контрактурах, сращиваниях и отложениях солей, ограничивающих движения в суставах. Под воздействием пассивных движений быстрее рассасываются экссудаты и кровоизлияния, улучшается сократимость мышечных волокон, эластичность мышц и связок.

Все это имеет большое значение не только при макро-, но и при микротравмах, которые протекают почти незаметно или вызывают лишь ощущение «неловкости» в суставах.

Техника выполнения. Прием обычно осуществляется массажистом. В самомассаже освоить технику его выполнения на себе крайне трудно, но возможно, хотя и не на всех суставах.

Исходное положение — сидя, внутренняя поверхность предплечья правой руки лежит на бедре так, чтобы кисть свободно свисала со стороны внутренней поверхности правого бедра. Так условно фиксируются предплечье и локтевой сустав.

Другая рука плотно обхватывает кисть в области пястно-фаланговых суставов и равномерно, медленно выполняет сгибание и разгибание лучезапяст-

ного сустава лежащей на бедре правой руки. Движение совершается только массирующей рукой, поэтому надо стараться не помогать ей, то есть мысленно «отключиться» от этого движения и максимально расслабить мышцы массируемой руки. Амплитуда движений сгибания-разгибания постепенно, к 4—5-му выполнению возрастает до максимума, но при этом не должно быть болевых ощущений.

После 4—5 циклов сгибания с разгибанием следует в том же положении и соблюдая ту же технику выполнить несколько раз отведение и приведение, а затем полукруговые движения в лучезапястном суставе в обе стороны.

Таким образом, при самостоятельном изучении техники пассивных движений нужно обратить внимание на следующие основные методические требования: мышцы массируемой области должны быть максимально расслаблены (не принимают активного участия в выполнении приема); выполняемые движения естественны для сустава; амплитуда их доходит до своего максимума постепенно; прием проводится только на одном суставе, при хорошей фиксации выше и ниже его.

Наиболее часто встречающиеся ошибки при выполнении пассивных движений:

недостаточное расслабление мышц;

участие мышц, осуществляющих движение в массируемом суставе;

быстрое увеличение амплитуды движений до максимума без достаточной подготовки;

резкое, грубое и болезненное выполнение пассивных движений.

О СЕАНСАХ САМОМАССАЖА (общего и местного)

Самомассаж, как было сказано, означает применение массажных приемов на самом себе, и в его использовании имеется целый ряд преимуществ.

Так, самомассаж можно проводить при любых обстоятельствах, многократно, легко комбинировать с разминкой, различными другими восстановительными средствами, применять в бане. Особенно эти преимущества ценны для производственной деятельности. Что еще может так же быстро восстановить работоспособность человека, как не самомассаж или массаж, выполненный во время кратковременного отдыха.

Наряду с этим самомассаж не может полностью заменить собственно массажа, проводимого массажистом. Дело в том, что самомассажу присущи следующие недостатки. Во-первых, это видоизменение техники выполнения приемов и, следовательно, снижение их эффективности на некоторых областях тела. Во-вторых, из-за своеобразия позы массирующегося некоторые мышцы находятся в статическом напряжении. В-третьих, проведение самомассажа является определенной физической нагрузкой, воздействие которой наслаивается на действие приемов, ведет к утомлению. Однако, если организм человека испытывает постоянную гиподинамию в силу специфики своей профессиональной занятости — работы, то эту дополнительную активность можно отнести к положительным качествам самомассажа.

Существенно и то, что отсутствует возможность массировать отдельные области тела (например, область лопаток). Один [illegible] недостаток самомассажа легко устранить, если использовать приспособления для самомассажа — например, массажные дорожки или другие массажеры, серийно выпускаемые в СССР и за рубежом.

Основные понятия и рекомендации

Любой вид самомассажа может применяться в форме общего и местного массажа.

Общим называется такой массаж, при котором массируется все тело. Массаж головы не входит в общий массаж. Эффективность общего сеанса массажа в большей степени зависит от возраста, общего состояния организма, характера заболевания. Обязательной предпосылкой успешного применения массажа является выявление рефлекторных изменений в коже, соединительной ткани и мышцах от предварительно проведенного диагностического массажа. Причем частота рефлекторных изменений у человека весьма различна и зависит у больных от характера

стадии и остроты заболевания, у здоровых — от физического и умственного напряжения, у спортсменов — от специализации, объема и интенсивности тренировочной нагрузки.

Вот почему общий сеанс массажа не нормируется. Выбор и дозировка массажных приемов в значительной степени зависят от состояния внешних покровов, подкожно-жировой клетчатки, лимфатических узлов, сосудов, мышц и суставов. Небольшие царапины и ссадины не являются противопоказанием к массажу, если нет воспаления окружающих покровов. Во время массажа эти поврежденные места кожи нужно обходить, или дезинфицировать, или прикрыть лейкопластырем.

Длительность сеанса общего самомассажа зависит от индивидуальных особенностей, прежде всего роста и веса, и в среднем составляет 25—30 мин. Распределение времени на массаж отдельных частей тела зависит от состояния самомассируемого, выраженности подкожно-жировой клетчатки, развития мышечной системы, а также от вида массажа. В общем самомассаже применяются все основные приемы. Растиранию отводится 30—40 % всего времени, разминанию — 50—60 %, а на все остальные приемы — 10 %. Что касается приемов массажа, то они выбираются в зависимости от вида массажа.

При выполнении общего сеанса самомассажа, который чаще используется для гигиенических целей и эффективен в сочетании с утренней зарядкой, рекомендуется следующая последовательность: шея, спина, поясница, ягодицы, а далее — бедро, коленный сустав, голень, стопа одной, затем в такой же последовательности области другой конечности. Затем делается самомассаж груди, а далее — плечевого сустава, дельтовидной мышцы, плеча, локтевого сустава, предплечья, лучезапястного сустава, кисти, пальцев одной руки и только после этого массируются в такой же последовательности области другой конечности. Сеанс заканчивается самомассажем области живота.

В литературе, особенно в спортивной, иногда рекомендуется делать массаж конечностей от дистальных к проксимальным отделам (например, в последовательности: стопа, голень, бедро). По поводу таких схем массажа еще в 1966 г. Александр Федорович Вербов писал, что начинать массаж с дистального сегмента — значит пытаться «вылить жидкость из закупоренной бутылки».

Запомните методические указания к общему сеансу самомассажа:

общий сеанс лучше всего проводить утром после легкого завтрака;

частота применения не более 2 раз в неделю;

интенсивность приемов и их длительность увеличиваются постепенно — от 10—15 до 20—30 мин и более;

следует учитывать особенности клинических форм заболеваний;

при ухудшении самочувствия и возникновении других неприятных ощущений время массажа уменьшается или самомассаж временно отменяется;

все массажные движения выполняются по ходу тока лимфы к ближайшим лимфатическим узлам;

при самомассаже конечностей пользоваться методикой отсасывающего массажа (сначала более центральные, затем периферические области);

при массировании конечностей в начале и конце сеанса выполняется общее воздействие приемом поглаживания (по всей конечности от дистального отдела к проксимальному);

после самомассажа рекомендуется отдых в течение 15—30 мин;

опыт и наблюдения свидетельствуют о том, что нет необходимости для широких показаний к назначению общего сеанса самомассажа. Более целесообразно и эффективно применение самомассажа отдельных частей тела.

Местным массажем (или частным) называется такой массаж, при котором массируется отдельно какая-то часть тела, например спина или нижние конечности. Сеанс частного массажа длится в среднем от 10 до 15 мин в зависимости от того, какая часть тела массируется и какой вид массажа необходим.

При проведении местного самомассажа рекомендуется придерживаться той же последовательности по областям тела, которая указана выше. При самомассаже конечностей необходимо вначале массировать область спины. Массаж большого рецепторного поля спины, включая рецепторы воротниковой зоны (по А. Щербаку) и задних корешков спинного мозга, подготавливает организм к глубокому частному массажу конечностей.

Таким образом, при местном самомассаже верхних конечностей необходимо сначала отмассировать воротниковую зону (задняя поверхность шеи, область надплечья вплоть до межлопаточной области), а затем уже дельтовидную мышцу, плечо, локтевой сустав, предплечье, лучезапястный сустав, кисть, пальцы одной конечности, и только после этого в той же последовательности области другой конечности.

Если физическая нагрузка была в основном на нижние конечности, то местный самомассаж нижних конечностей целесообразно начинать с пояснично-крестцовой и ягодичной областей. После этого массируется бедро, коленный сустав, голень, голеностопный сустав, ахиллово сухожилие, стопа, подошва, пальцы одной ноги и только после этого в той же последовательности — другой.

При чрезмерном психоэмоциональном напряжении рекомендуется особое внимание уделить массажу воротниковой зоны. Самомассаж этой области рефлекторным путем снимает излишнее напряжение, волнение, вызывает чувство успокоения. В этом состоянии не следует применять ударные приемы, которые могут возбудить, увеличить психоэмоциональное напряжение.

Наоборот, при пониженном настроении, вялости ударные приемы могут быстро поднять настроение, повысить тонус организма, и это будет способствовать выполнению поставленной задачи. Но если эта вялость вызвана чрезмерным переутомлением в результате физической работы, то в данном случае ударные приемы опять противопоказаны.

Таким образом, эффективность действия общего и главным образом местного самомассажа повышается при выполнении следующих принципов:

раннее назначение и применение самомассажа в зависимости от общего состояния самомассируемого;

последовательность массирования областей тела по методике отсасывающего характера;

любой сеанс самомассажа должен начинаться с массирования нижней или верхней областей спины;

тщательный массаж соответствующих рефлексогенных зон области спины;

сочетание массажа с простейшими физиотерапевтическими процедурами (горячие компрессы, прогревание лампой накаливания, ванны), которые в зависимости от показаний можно применять до или после самомассажа;

сочетание массажа с точечным или аппаратным вибромассажем (при этих занятиях — с комплексом лечебной физической культуры, соответствующим заболеванию, причем часть гимнастических упражнений может быть использована во время сеанса самомассажа).

Сеанс (процедура) самомассажа состоит из вводного, основного и заключительного разделов.

Во вводном разделе сеанса в течение 1—3 мин щадящими приемами (поглаживание и растирание) подготавливают себя к основной части процедуры. Приемы можно выполнять в более быстром темпе, чтобы вызвать появление приятного чувства тепла.

В основном разделе проводят дифференцированный массаж соответственно состоянию самого массируемого (или клиническим особенностям заболевания).

В заключительной части сеанса в течение 1—3 мин снижают интенсивность массажных приемов, заканчивая поглаживанием всей массируемой области.

Как выполнять местный самомассаж

Для правильного выполнения самомассажа важное значение имеет исходное положение, чтобы массируемые мышцы были максимально расслаблены и их удобно было массировать. Исходные положения для самомассажа отдельных частей тела различны. Чаще используется положение сидя.

Самомассаж области шеи

Сеанс проводится в исходном положении сидя или стоя, в среднем в течение 2—3 мин.

Исходное положение стоя (ноги на ширине плеч) — масса тела равномерно распределена на правую и левую ноги. Исходное положение сидя — спина прямая, ноги согнуты в коленных суставах под прямым углом, стопы на ширине плеч. Удобно при этом опираться локтями о стол или спинку стула, чтобы не держать руки на весу.

Принципиальной разницы в технике приемов в исходном положении сидя и стоя нет. Поглаживание выполняется ладонной поверхностью кисти (одной, двумя руками одновременно или попеременно) — сверху вниз от границы волосистой части головы. При поглаживании движения руки могут иметь прямой и обратный ход. Если массируется разноименная с массирующей рукой часть шеи (когда левая рука выполняет поглаживание справа от позвоночника, а правая слева), то рука движется обратным ходом. При поглаживании одноименной с массирующей рукой части шеи — прямым ходом.

Из разновидностей растирания чаще используется круговое подушечками пальцев. При выполнении этого приема локтевые суставы рук могут опираться на стол, спинку стула, а при растирании разноименной с массирующей рукой части шеи другая рука может ладонью поддерживать локоть массирующей.

Полноценное разминание в этой области трудновыполнимо, поэтому мышцы захватываются между пальцами подушечкой I и остальными: выполняется разминание типа раздавливания, выдавливания (как косточек из сливы) и перетирания.

Самомассаж трапециевидных мышц

Длится в среднем 1—2 мин, наиболее удобно положение сидя.

При выполнении приемов локтевые суставы массирующих рук опираются на спинку стула, стол. При выполнении приемов одной рукой можно использовать также следующее исходное положение (применяется и при массаже широчайших мышц спины): сидя на стуле, положить одноименную с массируемой областью ногу сверху на другую, а одноименную с массируемой областью руку кладут на приподнятое бедро, кисть ее свисает ладонью вниз. При этом туловище немного наклоняется вперед и слегка развертывается в противоположную массируемой области сторону.

Ход движений при поглаживании — от шеи к плечевым суставам. Из разновидностей растирания чаще применяется круговое подушечками пальцев, разминание (I пальцем и остальными). Все эти приемы можно выполнять сначала на одной, затем на другой стороне тела.

Самомассаж широчайших мышц спины

Выполняется в течение 2—3 мин, в исходном положении, описанном для самомассажа трапециевидных мышц.

Массируется разноименная с рукой область сначала с одной, затем с дру-

гой стороны. Поглаживание выполняется в основном ладонной поверхностью кисти передним ходом руки, большой палец прижат к остальным. Движение начинается от поясничной области и заканчивается в районе подмышечной впадины. Из растираний используется круговое подушечками пальцев или всей ладонной поверхностью кисти. Разминание выполняется одной рукой — перетиранием мышцы между I пальцем и остальными. Между приемами необходимо чаще потряхивать широчайшую мышцу пальцами или всей ладонной поверхностью кисти.

Самомассаж спины — поясничной и крестцовой областей

Длится 1—2 мин, исходное положение стоя (ноги на ширине плеч, вес равномерно распределен на обе ноги) или сидя на стуле — спина прямая, голени перпендикулярны полу.

Сначала выполняется пилообразное растирание поясничной области ладонной или тыльной поверхностью кистей (можно лучевым краем кисти) до появления чувства тепла. Затем поглаживание ладонной или тыльной поверхностью кисти (от позвоночника в стороны одноименных с руками областей поясницы). После этого выполняется круговое растирание подушечками пальцев. Эффективность приема возрастает, если его выполнять с отягощением.

Отмассировав поясничную область, переходим к массажу крестцовой области. В ней часто отмечается болезненность. Тщательный массаж данной области проводят с помощью кругового растирания подушечками пальцев, очень хорошо выполнять прием с отягощением второй рукой.

Самомассаж ягодичной области

Выполняется в течение 2—3 мин, чаще всего в следующих положениях: стоя на одном колене, на стуле, другая нога (со стороны массируемой ягодицы) слегка касается пола стопой; стоя, нога массируемой стороны слегка отводится в сторону и назад, а масса тела переносится на противоположную ногу.

Вначале выполняется поглаживание ягодичной области с двух сторон ладонной поверхностью кисти двумя руками (от межъягодичной складки до области паховых лимфоузлов). Поглаживание выполняется из исходного положения стоя (ноги на ширине плеч с равномерным распределением веса на обе ноги).

Затем принимается одно из двух описанных исходных положений, в котором выполняется самомассаж сначала одной, потом другой ягодицы (одноименной массирующей рукой). Далее вновь поглаживание, растирание круговое подушечками пальцев, основанием ладони или тыльной стороной средних фаланг и разминание одной рукой. Заканчивается массаж ягодицы потряхиванием.

Самомассаж бедра

Выполняется 3—4 мин в положениях стоя, сидя и лежа.

При массаже передней поверхности бедра массируемая нога выпрямлена, лежит на краю кушетки или на двух стульях, другая нога опущена на пол. Вначале выполняется поглаживание массируемой области ладонной поверхностью кисти: одной, двумя руками, с отягощением. Руки движутся обратным ходом (от коленного сустава к паховым лимфатическим узлам). Затем выполняется круговое растирание подушечками пальцев и основанием ладони, разминание одной рукой, поперечное одно- и разнонаправленное, с отягощением. Приемы эти целесообразно чередовать с потряхиванием (всей ладонной поверхностью кисти).

При самомассаже задней поверхности бедра самомассирующийся лежит на кушетке (на боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах но-

гами). Массируется нога лежащая сверху. Либо в положении сидя, когда одна нога выпрямлена и лежит на кушетке, массируемая опущена и поставлена на носок. Все приемы, как правило, выполняются одной рукой. В этих положениях необходимо отмассировать и боковые поверхности бедра, где ведущим приемом является растирание тыльной поверхностью средних фаланг.

Самомассаж бедра можно выполнять сразу по всем его поверхностям В этом случае используют положение сидя и стоя. В первом случае массируемая нога слегка отведена, согнута под углом 110—120° в коленном суставе и опирается наружным боковым краем стопы о пол. Если стоя, то массируемая нога слегка отведена в сторону, согнутая под углом 170—160°, опирается носком о пол, вес тела перенесен на другую ногу, туловище наклоняется вперед Поглаживание выполняется от коленного сустава вверх до паховой области ладонными поверхностями кистей пальцев или основаниями ладоней. Весь[illegible] сразу захватываются сгибатели и разгибатели бедра. В описанных исходных положениях удобно выполнять и валяние

Самомассаж коленного сустава

Продолжительность в среднем в течение 1 мин, сидя на стуле — массируемая нога согнута в коленном ве и стопой опирается о пол. няется круговое поглаживание кол сустава. Затем нога выпрям голень лежит на кушетке или на стуле. Тщательно массируются бо связки сустава, область вокруг н ленника. Применяют главным обр круговое растирание подушечками цев и основанием ладони.

Самомассаж голени и стопы

Продолжительность 2—3 мин, исх ное положение — сидя на стуле.

При массаже передней поверхнос голени (группа малоберцовых мыш стопа должна быть в положении тыл ного сгибания. Для этого пальцы ма сируемой ноги опираются на спинку ст ла. При поглаживании ладонной поверх ностью кисти движение передним или задним ходом выполняется от стопы до коленного сустава. Из разновидно стей растирания применяется в основ ном растирание возвышением большо го пальца. Данное положение использу ется и при самомассаже пальцев, тыла стопы и вокруг голеностопного сустава

При самомассаже задней поверхности голени массируемая нога всей подошвой должна опираться на любую подставку высотой 20—25 см, например детский стул Кроме поглаживания (от пятки к коленному суставу) и растирания, применяются разминание, потряхивание, валяние. Одновременно массируется и пяточное сухожилие

Самомассаж подошвенной поверхности

Продолжительность 1- 2 мин, одна нога в согнутом положении положена на колено другой ноги Выполняется поглаживание и растирание тыльной поверхностью средних фаланг (гребешками), затем шипцеобразное растирание по наружному краю и подушечками пальцев по внутреннему краю стопы

Массажу подошвы следует уделять особое внимание. Древняя восточная медицина считает, что на подошву спроецированы все внутренние органы человека, и, воздействуя на определенные точки подошвы, можно лечить большое число заболеваний. С научной точки зре-

ния объяснить это пока не представляется возможным, но практика свидетельствует о большой эффективности массажа подошвы. Существуют даже различные методы лечения некоторых заболеваний обычной ходьбой босиком.

Массаж стоп для снятия усталости, чувства тяжести необходим тем, кому приходится длительно ходить или стоять. В этом случае длительность самомассажа стоп увеличивается в среднем до 5 мин. Конечно, подошву не очень удобно массировать. Особенно это относится к полным людям. В таком случае можно применять резиновые коврики и другие простые дешевые массажеры типа «Радуга», «Трамплин», «Вираж», выпускаемые нашей промышленностью.

Самомассаж грудной клетки

Продолжительность 1—2 минуты. Исходное положение сидя, спина прямая. На разноименной с массирующей рукой области грудной клетки выполняется поглаживание ладонной поверхностью кисти. Рука движется от реберной дуги к подмышечным впадинам.

Далее выполняется круговое растирание подушечками пальцев мест прикрепления ребер к грудине, затем граблеобразное — межреберных промежутков. Затем, когда расслабленная и согнутая в локтевом суставе одноименная с массируемой стороной рука кладется на бедро, выполняется разминание и потряхивание большой грудной мышцы другой, массирующей рукой.

Самомассаж плечевого сустава и дельтовидной мышцы

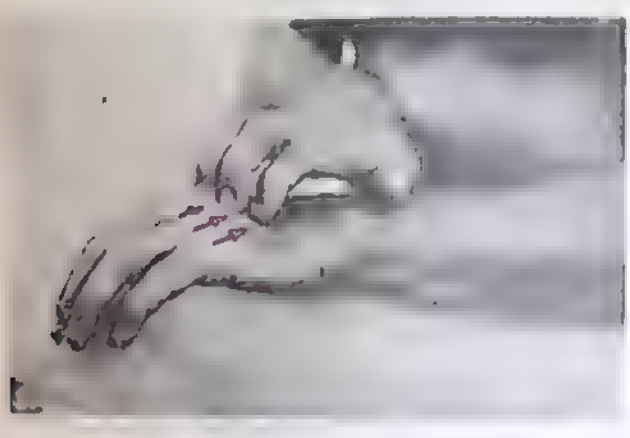
Продолжительность 1—2 мин. Исходное положение сидя, при этом предплечье согнутой в локтевом суставе массируемой руки кладется на стол или опирается на бедро ноги, положенной на ногу. Выполняется круговое поглаживание ладонной поверхностью кисти, круговое растирание подушечками пальцев и разминание одной рукой дельтовидной мышцы. При самомассаже передней поверхности плечевого сустава (суставной сумки) предплечье кладется на поясницу. При самомассаже задней поверхности его кисть массируемой руки кладется на плечо противоположной стороны.

Самомассаж области плеча

Продолжительность в среднем 2 мин. Исходное положение — сидя. При массаже двуглавой мышцы массируемая рука согнута в локтевом суставе и лежит на бедре или на столе; при массаже трехглавой мышцы она свободно опущена между коленями. Применяются поглаживание ладонной поверхностью кисти, круговое растирание подушечками пальцев и разминание одной рукой

Самомассаж локтевого сустава, предплечья и кисти

Выполняется в течение 2 мин, в том же положении, что и при массаже плечевого сустава. Основными приемами являются поглаживание и растирание. Из разновидностей приема поглаживание применяется на локтевом и лучезапястном суставах, в основном круговое. На предплечье — поглаживание тыльной и ладонной поверхностью кисти, а на кисти и пальцах — подушечками пальцев массирующей руки.



Прием растирания: на локтевом и лучезапястном суставах, на предплечье выполняют круговое растирание подушечками пальцев, а прямолинейное — на кисти и пальцах массируемой руки

Самомассаж живота

Продолжительность 1—2 мин. Выполняется в положении лежа на спине (ноги согнуты, подошвы опираются о кушетку, под головой — подушка). Применяется круговое поглаживание кистью (ладонной поверхностью) по ходу часовой стрелки. Используется обычно ведущая рука (например, правая у правшей). Движение начинается вокруг пупка подушечками пальцев массирующей руки. Постепенно размер описываемой окружности увеличивается, и поглаживание уже выполняется всей ладонной поверхностью пальцев, а затем и всей ладонной поверхностью кисти.

Поглаживание можно выполнять и ладонной или тыльной поверхностью кисти (движение по ходу толстой кишки). В обоих вариантах движение кисти начинается от правой подвздошной области вверх до правого подреберья, далее поперек до левого подреберья, затем вниз до левой подвздошной области. Давление при поглаживании по ходу толстой кишки можно увеличивать постепенно, от начала к концу движения. Другие приемы (растирание, разминание, ударные, вибрационные) применяются только после консультации врача.

САМОМАССАЖ И ТЕХНИКА

Попытки заменить руки массажиста аппаратом делались очень давно, чтобы облегчить труд массажиста, увеличить пропускную способность массажных кабинетов, применять в домашних условиях. Еще в конце II — начале I столетия до н. э. идею создания вибрационного массажа (сотрясения) высказывал известный врач того времени грек Асклепиад. Лишь спустя почти 2000 лет прием этот возродил знаменитый французский невропатолог Шарко для лечения возбудимых, нервных людей. Учителя гимнастики в Древней Греции использовали специальные скребницы для усиления эффекта действия массажа. В настоящее время почти аналогичной скребницей — в виде мыльницы — пользуются в бане для усиления потоотделения.

С незапамятных времен славяне и карелофинны применяли при купании в банях растирающие приемы массажа с похлопыванием и стеганием тела бере-

веником и дубовыми вениками, о чем еще в «Повести временных лет» летописец Нестор писал: «Как ся мыют, хвощут... видех бани древяны и пережгут их вельми, и сволокутся, и будут наги, и обольются мытелью, и возмут ветвие и начнут ся бити... и облются водой студеною и таке живут».

В XVI веке в Японии применялись гистриаммы (дугообразно изогнутый кусок дерева длиной 10—12 см с вращающимися катушками на концах) и специальная палочка с прикрепленным к ней волосяным мешочком. Последнее было, вероятно, заимствовано из традиционной медицины Древнего Китая (мей-хуа-чжень), в которой для поверхностного воздействия на точки акупунктуры (иглоукалывания на коже) использовались пучки связанных вместе 8—10 коротких игл, приклепленных к длинной ручке.

В XVIII веке клиницист Тиссо в своем труде «Медицинская гимнастика в хирургии писал: «Если каждое утро, лежа в постели на спине и приподняв немного согнутые в коленях ноги, растирать себе желудок и живот куском фланели, то этим увеличиваются перистальтические движения во всех кишках брюшной полости». Этот опыт не забыт, и в настоящее время во многих странах выпускаются специальные рукавицы для массажа и мытья тела в бане. Можно вспомнить, что Ж. Вигоро для лечения двигательных расстройств координации применял камертон.

В дальнейшем массажные инструменты и аппараты постоянно усложнялись и совершенствовались. Несмотря на все преимущества аппаратного массажа, следует признать, что никакой аппарат не может заменить управляемых сознанием рук человека, которые имеют «обратную связь» — определяют состояние тканей, воспринимают тончайшие их ответные реакции в процесса массажа.

Приспосабливаясь к анатомо-физиологическим особенностям тканей и учитывая патологические изменения, массажист в каждый отдельный момент может усилить или ослабить действие массажа, заменить один массажный прием другим в зависимости от физиологического влияния на организм. При ручном массаже массажист постоянно изучает массируемую область с помощью осязания и зрения для сопоставления ее состояния до массажа и после него, а также после нескольких сеансов. В литературе нет, и с нашей точки зрения, быть не может указаний об адаптации, привыкании к ручному массажу, так как ни один массажист не способен повторить сеанс массажа по характеру его выполнения.

В то же время к аппаратным видам массажа привыкнуть можно, если не изменять дозировку и не сочетать их с другими средствами. Так, например, по данным Ф. Талышева и В. Геселевича (1974), при первом сеансе местного вибрационного массажа ускоряется восстановление работоспособности, она повышается на 28 % по сравнению с пассивным отдыхом. После 10 сеансов вибрационного массажа — на 6 %, а после 30 сеансов — только на 2,3 %, в то время как после пассивного отдыха — на 1,9 %.

Аппарат пока не может полностью заменить руку массажиста, но эту точку зрения нельзя будет признать абсолютно [illegible] вооружением роботов пятого поколения. Поэтому еще в конце XIX века «отец» современного массажа врач Н. В. Заблудовский писал: «Нельзя ли воспользоваться новейшими усовершенствованиями механики для устройства таких машин, которые бы заменили действия рук, или не будет ли даже действие машин предпочтительнее действия рук? Стоило бы только изобрести такую машину, силу которой можно было бы в каждый момент определять в цифрах, и, таким образом, вместо неопределенной работы массера, зависящей от субъективного мышечного чувства, иметь дело с работой, выраженной в цифрах; другими словами, вместо того, чтобы количество целебного средства взять на глазомер,— взвешивать его на точных весах».

В настоящее время отечественной промышленностью выпускаются разнообразные массажные устройства, которые отличаются функциональным назначением, степенью механизации процесса массажа, видом потребляемой энергии, исполнительными элементами, видом воздействия на массажный участок и эксплуатационно-техническими

...ющими (Массажные устройства, выпускаемые в СССР и за рубежом. М.: Информэлектро, 1980). По степени механизации процесса массажа все эти устройства подразделяются на немеханизированные и те, в которых используются какие-либо виды энергии.

Самомассаж с помощью немеханизированных устройств

Массажные устройства или инструменты (массажная дорожка, щетки, гимнастическая палка, спортивный массажер, шаровой массажер, коврики для стоп и пр.) имитируют какой-нибудь прием ручного классического массажа. Поэтому целесообразно использовать их для самомассажа в домашней обстановке в сочетании с водными процедурами и главным образом после утренней гимнастики. Данные инструменты могут быть использованы и с лечебными целями, например, массажная дорожка — при мышечных болях в области спины.

При применении этих инструментов осуществляется механическое воздействие на кожу, соединительную ткань и подкожную клетчатку, а отчасти на мышцы и суставы. При медленном и мягком их применении снижается возбудимость нервной системы, проявляется ярко выраженный успокаивающий эффект. Такой характер действия позволяет снять или снизить болезненность при травмах нервно-мышечной системы.

Применяя массаж в области рефлексогенных зон (шейно-затылочная, верхнегрудная, подложечная), в зонах Захарьина — Геда, мы получаем возможность оказать рефлекторное терапевтическое воздействие на патологически измененную деятельность различных тканей и внутренних органов. Быстрое и энергичное применение массажа способствует повышению тонуса центральной нервной системы, что используется для снятия утомления.

Массажные инструменты очищают кожу от омертвевших клеток эпидермиса, частиц пыли и микробов, способствуют открыванию протоков потовых и сальных желез, улучшению их деятельности, усилению кровообращения в коже. В результате аппаратного массажа улучшается питание кожи, она становится более мягкой и эластичной.

Массажные инструменты ускоряют ток лимфы, но только в том случае, если их продвижение по телу выполняется по ходу крупных лимфатических сосудов. Ускорение тока лимфы способствует уменьшению отека, быстрому удалению продуктов обмена.

Механическое воздействие на ткани, смещение и их растяжение вызывают раздражение рецепторов — нервных окончаний, что приводит к усилению кровообращения за счет расширения сосудов и ускорения кровотока в них. Температура кожи при этом может повышаться, к тканям доставляется больше кислорода, питательных веществ, и ускоренный ток крови способствует более быстрому окислению недоокисленных продуктов обмена в тканях и их выведению из организма. Это действие инструментов широко используется для повышения жизнедеятельности организма, его работоспособности при физическом утомлении. Энергичное применение массажных инструментов повышает сократительную функцию и тонус мышц.

Увеличение кровообращения в лечебных целях содействует ускорению рассасывания затвердений, патологических отложений и скоплений жидкости в тканях (особенно в области суставов), увеличению их подвижности, растяжению рубцов, спаек при сращениях кожи.

Из различных типов немеханизированных массажных устройств наиболее широкое распространение получили массажная дорожка (массажер) и коврик для стоп.

Самомассаж с помощью массажной дорожки

Массажер состоит из одного или двух рядов деревянных роликов (в количестве от 10 до 17) диаметром 30—40 мм и может применяться в любых условиях. Например, до, после или в процессе трудовой деятельности (во время перерывов), дома, в туристических поездках и походах.

Массажировать можно и по обнаженному телу, и через тренировочный ко-

стюм. Длительность сеанса в среднем равна 10 мин по схеме: спина — 3 мин, область таза — 1, бедра — по 2 на каждое, голени — по 1, грудь и живот — около 1 мин.

Продолжительность сеанса зависит от цели массажа. Так, если проводить массаж сразу после работы или физических упражнений, то достаточно 10 мин, а спустя 2—4 ч требуется 15—20 мин. На предварительный массаж отводится в среднем 10 мин, в промежутках же между отдельными физическими упражнениями — 3—5 мин. Массаж с помощью массажера можно проводить и непосредственно в ванне, в этом случае продолжительность сеанса сокращается до 10 мин.

Массаж начинается с области спины в положении массируемого стоя (ноги на ширине плеч). Массажер накладывается поперек спины на область поясницы. За 5—7 поперечных массирующих движений массажер перемещается от поясницы до подмышечных впадин (каждое движение повторяют 6—7 раз).

Далее массажер накладывается поперек боковой части туловища, 5—7 движениями, перемещающими массажер, массируются косые мышцы живота и широчайшая мышца спины (каждое движение 3—4 раза). При этом туловище массируемого поворачивают в противоположную массируемой сторону. Те же движения повторяются с другой стороны.

Затем следует массаж областей плеча, дельтовидной и верхних отделов трапециевидной мышц. Для этого массажер теперь перекинут через плечо, одна ручка его оказывается в области поясницы, другая — у груди.

Выполняется 5—7 движений, в ходе которых массажер перемещается все ближе к шее (каждое движение повторяется 3—4 раза). Затем меняют положение рук, переведя массажер на другую сторону тела. Во время массирования можно наклоняться, выпрямляться и поворачиваться, чтобы более тщательно промассировать все мышцы.

Шея, как и спина, массируется поперек. Перемещается массажер от затылка по направлению к спине за 4—6 движений (каждое из них повторяется 3—4 раза). Руки, держащие массажер,

движутся попеременно от себя и к себе. Во время массажа можно делать наклоны головы вперед, назад и в стороны.

Область таза массируется также поперечными движениями от подъягодичных складок до поясничной области. При массаже боковых поверхностей ягодиц туловище поворачивается в противоположную массируемой сторону. Массажер двигается сначала горизонтально, затем по диагонали. Количество движений и повторений их — 4—6. Рекомендуется подавать таз в направлении вперед-назад, чтобы массажер оказывал более глубокое воздействие на мышцы этой области.

После ягодичной области массируют всю поверхность одной конечности, и только после этого приступают к массажу другой.

Массаж бедра выполняется в различных положениях: стоя, поставив массируемую ногу немного впереди; стоя, поставив массируемую ногу на возвышение; сидя, согнув голень; сидя, когда нога массируемая и опирается голенью на второй стул.

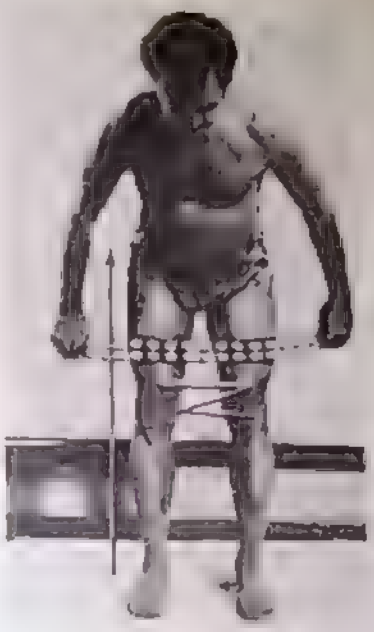
За 7—8 поперечных массажных движений массажер перемещается от коленного сустава к паховой или подъягодичной складке. Количество повторений каждого движения 3—4. При массаже передней поверхности бедра массажер удобнее брать прямо за ролики, а массируя наружную боковую поверхность, следует поворачивать туловище в ту же сторону.

Голень начинают массировать с икроножной мышцы, в положении стоя (массируемая нога всей ступней опирается на сиденье стула) или сидя, согнув голень. Поперечные массажные движения перемещают массажер от ахиллова сухожилия до подколенной впадины

Массажер удобнее захватить за ролики, а туловище лучше наклонить вперед. Количество повторений каждого движения — 3—4 раза. Переднеберцовые мышцы чаще всего массируются в положении сидя, когда нога слегка выводится вперед, а под пальцы подкладывается какой-нибудь предмет, что позволяет лучше расслабить мышцы. Выполняют 5—7 движений как поперек, так и по диагонали (от стопы до коленного сустава), каждое из них повторяется 3—4 раза.

Затем массируется подошва в положении сидя на стуле (массируемая нога впереди) или сидя на диване (опущенные ноги выпрямлены). Поперечными 4—5 движениями (руки попеременно работают на себя и от себя) стараются переместить массажер от пальцев к пятке. Количество повторений каждого движения 6—7. Аналогично выполняют аппаратный массаж на другой конечности.

Живот массируется в положении сидя или более удобно — стоя. Сначала движение выполняется поперечно, с постепенным перемещением массажера от груди вниз, затем, возвращая его обратно, в каждом направлении за 5—6 движений. Количество повторений каждого движения 3—4 раза. Затем самомассаж повторить в диагональных направлениях



После массажа живота целесообразно в положении стоя сделать 12—15 поперечных движений массажера по задней поверхности тела, перемещающихся от стоп до подмышечных впадин и до области живота — спереди. Количество повторений каждого движения по 3—4.

Самомассаж с помощью резинового коврика для стоп

Физиологическим обоснованием положительного влияния массажа подошв на организм человека является представление о рефлекторной связи нервных окончаний этой области с внутренними органами и системами. Автор массажной системы «до-ин» Жак де Лангр пишет, что ступня есть карта всего организма

На представленной схеме следующие проекции обозначены цифрами: *1* — голова; *2* — уши; *3* — суставы (верхней части тела); *4* — щитовидная железа; *5* — паращитовидная железа; *6* — легкие и бронхи; *7* — желудок; *8* — солнечное сплетение; *9* — надпочечники; *10* — почки; *11* — мочеточники; *12* — мочевой пузырь; *13—15* — кишечник; *16* — *18* — желудочно-кишечный тракт; *19* —

сердце; *21* — суставы (нижней части тела); *22* — печень, желчный пузырь; *23* — надлопаточная зона; *24* — яичники, фаллопиевы трубы; *26* — бедренный сустав; *27* — матка; *28* — половой член; *29* — позвоночник (шейный отдел), *30* — *32* — позвоночник.

Нет таких мышц, желез, внутренних органов, которые не имели бы проекцию на подошву. Не случайно в Японии производятся специальные обувные стельки (магнетум) с шипами из синтетических смол, применение которых повышает общий тонус организма, снимает чувство утомления.

Данную концепцию о связи поверхности подошвы с внутренними органами широко использовал на практике К. Динейка в санаториях Друскининкай. Гаваа Лувсан, автор книги «Очерки методов восточной рефлексотерапии» (1980), тоже считает, что путем массажа подошвы можно устранить или облегчить многие болезненные явления. Так, например, при запорах он рекомендует перекатывать круглую скалку, при ринитах — ходить по камням. Практический опыт массажистов подтверждает, что эффективность влияния ручного классического массажа увеличивается после массажа стоп.

Из всех устройств, предназначенных для массажа подошвы, наиболее удобным и широко применяемым является резиновый коврик с шипами различной высоты.

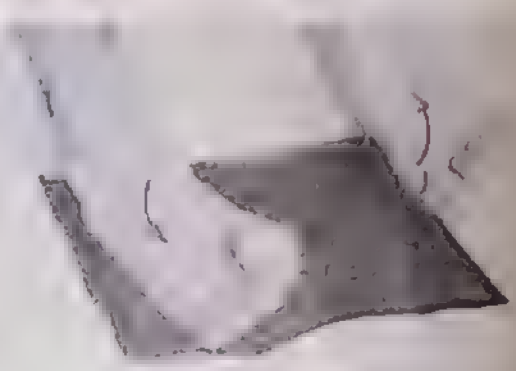
Массаж подошвы с помощью резинового коврика рекомендуется выполнять ежедневно 1—2 раза в день в течение 5—6 мин в положении стоя. Дозировка первых сеансов массажа подошвы должна быть уменьшена до 3 мин.

Последовательность и методика самомассажа подошвы с помощью резинового коврика:

I. 30 с ходьбы с минимальным отрывом подошвы от шипов коврика.

II. 30 с ходьбы с продвижением вперед-назад: на центральные шипы опираются то пальцы (10 с), то пятки (10 с).

III. 60 с ходьбы с опорой на края стоп: 15 с — только на внутренние, 15 с — только на наружные, 15 с — на наружный край правой и внутренний — левой ноги, 15 с — на внутренний правой и наружный край стопы левой ноги.



IV. 30 с повторение упражнения I.

V. 30 с стояние на коврике с последовательным качанием тела вперед-назад за счет чередования опоры (на пальцы и на пятки стоп).

VI. 30 с стояние с выполнением попеременных круговых движений в голеностопных суставах: 15 с в одну сторону и 15 с в другую.

VII. 30 с повторение упражнения II.

VIII. 30 с ходьбы с отрывом подошвы от шипов на высоту 15—20 см и с индивидуальным по силе прихлопыванием

IX. 15 с повторение упражнения I.
X. 15 с повторение упражнения II.

После самомассажа подошв рекомендуются, особенно вечером (но не позднее чем за 1 ч до сна), контрастные водные процедуры по следующей методике.

1. Обливание горячей водой или ванна до нижней трети голени. Температура подбирается индивидуально (+39 °С и выше). Время воздействия в среднем до 90 с, но не менее 60 с.

2. Обливание или ванна с холодной, проточной водой. Время воздействия в среднем 15—20 с, не менее 10 с.

Цикл повторяют 2—3 раза.

Самомассаж с помощью механизированных устройств

Кроме массажных инструментов, нашей промышленностью выпускается простейшая электроаппаратура для использования в косметических целях. Это щетка массажная электрическая «Агидель» для массирования кожи головы, электроприбор для женщин «Харьковчанка-3» для массажа головы и кистей, тепломассажер «Молодость» и шаровой для тепловых косметических процедур и др.

Из аппаратных видов массажа наиболее широко применяются вибро-, гидро-, пневмо- и ультразвуковой массаж и различные их сочетания. Из этих видов доступнее всего вибромассаж.

Вибрационная терапия как один из наиболее старых методов аппаратной физиотерапии развивалась в соответствии с возможностями того или иного периода развития техники. Вначале вибраторы приводились в движение вручную по типу ножной швейной машины или часовым механизмом. Использовались даже камертоны различной конструкции.

Самомассаж с помощью вибраторов

Создающие вибрации аппараты различаются принципиально:

электромоторные, в которых возбуждение колебательных движений производится через эксцентрик или путем вращения гибкого вала с эксцентриком,

электромагнитные — при прохождении переменного электрического тока через электромагнит;

пневматические — за счет переменного давления воздуха;

гидравлические — за счет переменного давления воды, создаваемого компрессором.

В современных аппаратах для вибрационного массажа чаще всего применяются электромоторы. Определяющими признаками вибрации являются амплитуда и частота колебаний.

Амплитуда колебаний означает величину отклонения от устойчивого положения. Чем она больше, тем глубже проникают в ткани вибрационные воздействия. Амплитуда колебаний находится в зависимости от степени прижатия вибрирующего наконечника к телу пациента, в этом одна из сложностей в подборе нужной дозировки.

Частота колебаний выражает количество перемещений через устойчивую точку в единицу времени. Частота колебаний измеряется в герцах. 1 Гц — это одно полное колебание за одну секунду. Физиологическое действие вибрации на организм во многом зависит от ее частоты — это вторая трудность в подборе дозировки. Практически используются звуковые частоты от 16 до 2000 Гц.

Передача колебаний от аппарата телу массируемого происходит через различные по форме и твердости насадки — вибраторы. При необходимости энергичного и глубокого воздействия на ткани применяются твердые вибраторы — металлические, пластмассовые, эбонитовые; для более нежного и поверхностного воздействия используются мягкие вибраторы — резиновые, губчатые. Для того чтобы сделать вибрацию еще нежнее, между массируемой областью тела и вибратором вводят кисть, палец, губку.

По степени распространения вибрации аппараты подразделяются на местные и аппараты общего действия. Аппараты для общей вибрации могут быть в виде вибрационного стула, созданного еще в 1874 г. в Лондоне М. Гривилем, велосипеда — так называемого велотраба Д. Гоффа (1907), вибрационной кушетки Герца (конец XIX в.). В настоящее время аппараты для общего вибрационного воздействия из-за дороговизны, громоздкости и тяжеловесности мало распространены.

Значительно большее распространение получили аппараты, предназначенные для местного вибрационного массажа. Во-первых, из-за малой стоимости, портативности, удобства эксплуатации и, во-вторых, оттого, что, как показали исследования Л. Бума (1892), основоположника советской физиотерапии А. Щербака (1902), М. Брейтмана (1915), локальная вибрация оказывает не только местное, но и рефлекторное действие, влияя на органы и системы, расположенные далеко от вибрируемого участка.

Физиологическое воздействие вибрационного массажа весьма разнообразно и зависит от частоты, амплитуды и длительности вибрации (А. Креймер). К действию вибрационного раздражителя наиболее чувствительны сосудистая, мышечная и нервная (в частности, вегетативная) системы. В механизме лечебного эффекта вибраций имеет большое значение их обезболивающее действие в связи с развитием охранительного торможения в корковых клетках. Вместе с тем анестезирующий эффект на месте воздействия больше выражен при действии вибрации с частотой 100 Гц, чем при 50 Гц.

Под влиянием механических колебаний в месте воздействия появляется ощущение тепла, обнаруживается местная гиперемия (покраснение) и повышается температура, причем в большей степени с увеличением применяемых частот колебаний или длительности процедур. В то же время важно знать, что при частоте 100 Гц чаще наблюдается повышение артериального давления (АД) и учащение пульса, при более низких частотах (50 и особенно 10 Гц) — снижение АД и урежение пульса.

Под влиянием вибрации поглощение кислорода мышечной тканью повышается уже после первой процедуры, активизируются окислительно-восстановительные процессы, повышается работоспособность, что связано с увеличением кровообращения и удалением продуктов обмена.

Кратковременная вибрация активизирует систему гипофиз — кора надпочечников и повышает содержание в крови глюкокортикоидных гормонов, которые сдерживают активность щитовидной железы. Такая реакция организма оказывает противовоспалительное и десенсибилизирующее действие.

Вибрационный массаж стимулирует при травмах регенерацию периферических нервов.

В то же время необходимо сказать, что характер ответной реакции организма на вибрационное воздействие зависит не только от частоты и амплитуды механических колебаний, длительности процедуры, но и от локализации воздействия. Например, вибрационное раздражение кожи эпигастральной области воздействует на двигательную и секреторную функции желудка, стимулирует секрецию желчи и перистальтику кишечника. Вибромассаж области проекции почек (на поверхности тела) увеличивает почечную секрецию, в области сердца — вызывает учащение пульса, брюшной стенки — рефлекторное его замедление. При воздействии на каротидные зоны максимальное АД снижено в среднем на 10 мм рт. ст.

Поэтому только знание механизмов ответных реакций организма может обеспечить правильное и эффективное использование вибраций с лечебной целью.

Самостоятельное изучение аппаратного самомассажа

Выбор массируемой области зависит от целей массажа, общего состояния организма, характера патологического процесса и его локализации. В одних случаях выбор обусловлен необходимостью непосредственного воздействия на патологический очаг (по ходу нервных стволов и сосудов, на область болевых точек, вокруг суставов, на ту или другую группу мышц). В других случаях необходимостью косвенного воздействия, через различные рефлексогенные зоны (в частности, на вертебральные и паравертебральные участки, зоны Захарьина — Геда, эндокринные железы, область живота).

Вибромассаж может проводиться по так называемым лабильной и стабильной методикам. Согласно лабильной методике вибратор постоянно передвигается без отрыва от кожи массируемого участка, главным образом по ходу тока лимфы, то есть в направлении к ближайшим лимфатическим узлам. И не-

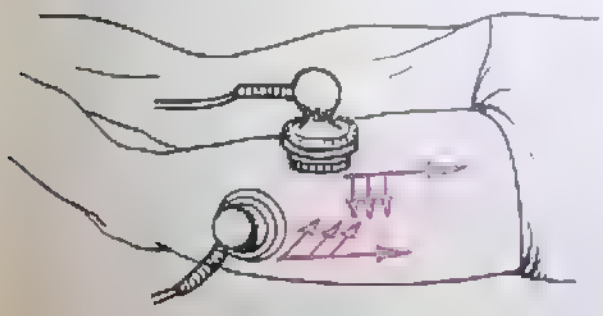
обходимо подчеркнуть, что этот основной принцип классического ручного массажа обязателен и при выполнении аппаратного вибрационного массажа.

По стабильной методике вибратор устанавливается на одном месте длительностью от 3 с до нескольких минут. Вибрационный массаж по стабильной методике передачи колебаний требует знания мест нахождения точек акупунктуры, «канальной зависимости», принципа подбора точек. Массажист должен знать по крайней мере точки общеукрепляющего действия.

Основные варианты расположения вибраторов:

вертикальное расположение, когда колебания совершаются перпендикулярно поверхности мышцы и ее костного ложа;

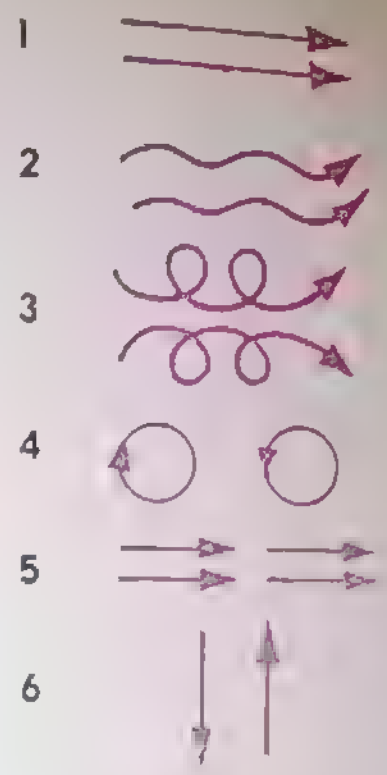
горизонтальное расположение — вибраторы находятся с одной или обеих сторон мышцы. Данное воздействие в особенности рекомендуется для сухожилий и перехода мышц в сухожилия;



горизонтально-вертикальное расположение — вибраторы находятся под углом 90° друг к другу, один из них совершает вертикальные, а другой горизонтальные колебания.

Выбор того или иного вибратора в каждом конкретном случае зависит от формы и протяженности массируемой поверхности. На больших площадях применяются плоские вибраторы с большой прилегающей поверхностью, на выпуклых поверхностях — вогнутые, шаровые. Для глубокого и энергичного воздействия применяются твердые (пластмассовые) или ударные вибраторы; для более поверхностного и мягкого воздействия — резиновые или губчатые.

Приемы вибрационного массажа различаются по форме движений, графически представленных на рисунке.



Прямолинейное движение (1) — вибраторы продвигаются строго по прямой линии на массируемой области, главным образом по ходу тока лимфы. При выполнении этого движения давление, оказываемое рукой на вибратор, чаще всего минимальное. Вибрация фактически распространяется на кожу и подкожную клетчатку, что позволяет говорить об имитации ручного приема поглаживания.

Зигзагообразное движение (2) амплитуда зигзага может быть различной. При выполнении этого движения рука, держащая вибратор, дополнительно производит потряхивание из стороны в сторону или потряхивание с ручной вибрацией.

Спиралевидное движение (3) — амплитуда спирали зависит от объема массируемой области, направление вращения — в любую сторону. Давление на вибратор может быть средней силы (2 - 4 кг), вибрация распространяется на кожу и мышцы, происходит имитация ручного приема растирания. При усилении давления до 9 кг вибрация проникает через все ткани до костной си-

стемы. Это напоминает ручной прием разминания.

Кругообразное движение (4) — используется чаще всего в какой-то локальной области, например, с целью ликвидации локального гипертонуса мышц.

Штрихообразное движение (5) — вибраторы совершают два-три движения вперед-назад. Прием используется очень часто при избирательном массаже какой-то мышцы или области.

Поперечное движение (6) — используется при массаже больших по объему областей, главным образом спины и задней поверхности нижних конечностей.

Оптимальное время воздействия на одну массируемую область — 3 мин, максимальное — не более 5 мин. Длительность сеанса зависит от целей массажа, методики вибромассажа, общего состояния и реакции организма. Здесь могут быть самые различные варианты. Вибромассаж можно проводить ежедневно и через день, подряд 2—3 дня с последующим однодневным перерывом.

В начале курса лечебные сеансы вибромассажа назначаются продолжительностью 8—10 мин, затем постепенно время экспозиции удлиняют до 15 мин (более вызывает чувство утомления). Количество процедур определяется индивидуально, в зависимости от их переносимости, характера патологического процесса и его стадии, возраста больного. Обычно назначают 10—15 процедур.

Отечественной промышленностью выпускаются следующие аппараты для местного вибрационного массажа: ЭМА-2, ВМП-1, «Бодрость», «Эльво», ПЭМ-1, «Спорт», «Тонус», ВМ-1.

Принцип воздействия, например электромассажного аппарата ЭМА-2 конструкции Н. Васильева, заключается в том, что перепады давления воздуха в цилиндре аппарата через резиновые шланги передаются на две ударные или резиновые насадки с частотой до 50 Гц. Аппарат этот в основном используется по лабильной методике с описанными выше вариантами расположения и движения вибраторов по массируемой области.

Схема общего сеанса массажа с помощью ЭМА-2М применима к любому другому вибрационному аппарату, имеющему даже один вибратор.

Так, при прижатии вибратора к массируемой поверхности с силой 0,2—1,0 кг и перемещении его со скоростью 3—4 см/с имитируется ручной прием поглаживания. Прижатие с силой 2—4 кг и скоростью 5—10 см/с имитирует растирание, а с силой 5—9 кг и скоростью 2—3 см/с — разминание.

В общем сеансе массажа рекомендуется следующая последовательность воздействий: спина, включая воротниковую область (3 мин); поясница и ягодицы (2 мин); бедро (3 мин); голень одной конечности (2 мин), затем другой; передняя поверхность одной нижней конечности — снизу вверх (4 мин), затем другой; грудь (2 мин); одна верхняя конечность — сверху вниз (3 мин), затем другая. При показаниях общий сеанс массажа заканчивается массажем области живота.

Хороший эффект дает комбинированный массаж, то есть сочетание ручного массажа с вибрационным. Механическая вибрация, обладая сильным рефлекторным воздействием, значительно дополняет и углубляет физиологическое действие ручного массажа (З. Хайрушева, 1966).

Методика комбинированного массажа следующая: после ручных приемов поглаживания, растирания, разминания применяется вибрация на одной области в течение 1 [illegible] но не более 3 мин. Рекомендуется одной рукой пользоваться вибратором, другой — выполнять ручной прием. Затем сеанс заканчивается другими приемами ручного массажа.

Учитывая общие методические рекомендации по предложенной схеме, массаж и самомассаж можно выполнять с помощью любого вибрационного аппарата, выпускаемого нашей промышленностью.

Вибрационный прибор для массажа модели ВМП-1 (50 Гц с регулируемой амплитудой 0,2—2 мм), вибромассажер ВМ-1 (50 Гц и 0,11—0,7 мм соответственно) и «Бодрость» (50 и 100 Гц) применяются не только с косметическими, но могут быть использованы и с лечебными целями с учетом вышеизложенных методических рекомендаций.

Эффективным для самомассажа и

простым в эксплуатации является электрический вибромассажер «Эльво». Вибрация с частотой 100 Гц и амплитудой 4 мм передается на массируемую область через четыре съемные насадки. Для массажа спины, живота и конечностей рекомендуются насадки: плоская, со сферическими выступами и колоколами-присосками. Массаж шеи и головы лучше выполнять с помощью шиповой насадки.

Менее удобен электромассажный аппарат модели ПЭМ-1 «Элмаз», хотя и он имеет регулируемую частоту вибрации 50 и 100 Гц. Аппарат портативен и доступен, но с его помощью можно использовать только стабильную методику, проводить массаж только на одной области. Смена исходных положений пациента создает дополнительные трудности как для массажиста, так и для самого массируемого.

В автомассажерах типа АМ-2 «Спорт» и АМ-1 «Тонус» вибрация с частотой 45—50 Гц и амплитудой 1 мм и 2—3 мм действует на массируемую область через широкий массажный [illegible]. Амплитуда вибрации регулируется [illegible] мим массируемым силой натяжения [illegible] яса (в среднем до 7—8 кг). Подобные аппараты за рубежом стали широко использоваться в виде автоматов.

Общий сеанс самомассажа в течение 10—15 мин этими аппаратами начинают в положении стоя — с области спины и поясницы (длительность 3 мин), затем массируют ягодичную область (2 мин) и бедра (3 мин). Голень и стопа массируются в положении сидя (2 мин), после чего массируемый в течение 1—2 мин смещает вибрирующий пояс до верхнего плечевого пояса. Одновременно с этим в положении сидя массируются верхние конечности (3 мин). Естественно, что время на самомассаж увеличивается, если конечности массируются раздельно.

За последнее время вибрационный массаж стал применяться еще и в виде пневмовибромассажа (сочетание вибрации с присасывающим действием воздуха).

Пневмовибромассаж проводится с помощью серийного аппарата ЭМА-2, в котором эффект вибрации осуществляется через воронкообразные насадки (путем сжимания и разрежения воздуха, поступающего от цилиндра аппарата). При массаже насадки перемещаются и прямолинейно, имитируя ручной прием поглаживания, и зигзагообразно — растирания, и путем круговых движений — разминания.

Общий сеанс пневмовибромассажа проводится в течение 25—30 мин по схеме: спина (3 мин), ягодицы (2 мин), бедро (2 мин), голень (1 мин) одной конечности, затем второй; голень и бедро с передней поверхности (3 мин), грудь (2 мин), руки (4 мин) (по Б. Новикову, 1973).

Гидромассаж. Существует несколько способов проведения гидромассажа: руками под водой, водяной струей в воздухе, водяной струей (высокого давления) под водой.

Ручной массаж под водой представляет собой сочетание ручного массажа с тепловой водной процедурой в виде ванны или дождевого душа из простой или минеральной воды.

Массаж на воздухе водяной струей сочетает температурное и механическое воздействие. Широко применяется в восстановительных центрах, в физиотерапевтической практике. Используется также в банях в виде душа Шарко или струевого душа (струя под давлением 1,5—3 атм подается в шланг с наконечником диаметром 1—1,5 см и на расстоянии 3—4 м этой струей воды с температурой 20—30 °С проводят по телу массируемого снизу вверх в течение не более 3 мин). Известен и в виде шотландского душа или контрастного (в течение процедуры температура воды все время изменяется от 40 до 20 °С), циркулярного душа (водяная струя воздействует на массируемого со всех сторон).

Для проведения подводного массажа под высоким давлением применяются центробежные насосы, повышающие давление водяной струи до 12 атм. Гидромассаж проводится в специальных микробассейнах размером 2×1×0,8 м с помощью аппаратов «Тангентор» (ГДР), ЕТН «Универсал» (ФРГ). Температура пресной или минеральной воды 34—38 °С. Насадки имеют отверстия различного диаметра.

Дозировка интенсивности гидромассажа осуществляется путем удаления-приближения водяной струи или увеличения-уменьшения угла наклона ру-

коятый наконечника к массируемой части тела, длительности сеанса и температуры воды. Необходимо учитывать также чувствительность отдельных участков тела к давлению и температуре.

Оптимальное давление для массажа спины 2—5 атм, бедра 2—4 атм, длительность общего сеанса 15—35 мин. Всего на курс назначают 6—10 процедур. Начинают массаж с выброса струи воды на расстояние не менее 15 см от поверхности тела массируемого. Массажные манипуляции выполняются круговыми движениями по часовой стрелке (от периферии к центру).

Гидромассаж усиливает кровоснабжение кожных покровов и гемодинамику в целом, повышает диурез и обмен веществ, активизирует трофические функции, способствует быстрому рассасыванию кровоизлияний и выпотов, ускоряет восстановительные процессы.

На аппарате типа «Универсал» можно также применить виброванну (с силой тока 0,1—2,5 ампер). Дозировка тока индивидуальная — до легкого приятного покалывания, напоминающего действие крапивы, и незначительной вибрации. Длительность сеанса 10—15 мин, на курс 8—10 процедур. Кроме того, используется виброгидромассаж длительностью 25—45 мин (10 мин вибромассажа и 15—35 мин гидромассажа). На курс 5—8 процедур (А. Журавлева, 1977).

Стационарные аппараты используются в восстановительных центрах и в физиотерапевтических отделениях. Это и аппараты для баромассажа (камера В. Кравченко), гидровибромассажа («Волна»), ультразвуковые и др. Разрабатываются модели аппаратов для пневмомассажа. Однако массаж с помощью этих установок может выполняться только специалистами.

ПОСЛЕСЛОВИЕ АВТОРА

В заключение хотелось отметить, что рекомендации по длительности ручного самомассажа или аппаратного для отдельных областей тела не являются догмой. Время это может изменяться (уменьшаться или увеличиваться) в зависимости от самочувствия самомассирующегося, состояния тканей массируемых областей, тех целей, которых необходимо добиться с помощью самомассажа. В одних случаях, например при самомассаже области шеи, достаточно 1—2 мин, в других эта область может массироваться в течение 7—10 мин, особенно при наличии напряжения и болезненности мышц.

Последовательность и порядок чередования массажных приемов также могут быть различными. В одних случаях после поглаживания можно выполнить разминание, снова поглаживание, затем растирание и вновь разминание. В других случаях ограничиться только приемами поглаживания и легкого растирания. Каких-либо точных рецептов дать невозможно, да и это было бы неправильным. Ориентироваться нужно на свой опыт, но в любых случаях состояние организма должно улучшаться. Если наступает ухудшение, то вы или неверно выбрали приемы, или провели их с темпом и длительностью, неадекватными для сиюминутного состояния организма.

Кроме того, всегда надо помнить, что массаж или самомассаж не является единственным и главным методом восстановления сил, поддержания тонуса организма или лечения того или иного заболевания. Массаж не исключает использования других восстановительных или лечебных средств и методов. Самомассаж не заменит ходьбу, бег, спортивную игру, другие необходимые физические нагрузки, и тем более назначенные врачом лекарственные препараты. Массаж лишь дополнит их, усилит восстановительное или лечебное действие.

РАБОТОСПОСОБНОСТЬ И УТОМЛЕНИЕ

Способность выполнять работу в течение требуемого времени, поддерживая ее высокие качественные и количественные показатели, называют работоспособностью. Снижение работоспособности может быть проявлением утомления, которое часто путают с усталостью. Ведь если человек настолько увлечен работой, что не чувствует усталости, он может не заметить наступившее утомление, пока оно не разовьется и не станет выраженным. Вот тогда и появится усталость — переживание по поводу утомления, субъективное отражение его.

Такие симптомы, как заметное ослабление внимания и памяти, бессонница, угнетение и резкая раздражительность, усталость, которую невозможно компенсировать волевым усилием, свидетельствуют обычно о тяжелой степени переутомления. К этому ведет накапливающееся изо дня в день утомление. Работоспособность сохраняется лишь при условии нормального восстановления расходуемых ресурсов организма в соответствии с суточной периодикой, ритмом труда и отдыха. В этом случае, если даже появляются признаки утомления, то они быстро исчезают, работоспособность восстанавливается в течение суток.

В еще большей мере, чем чрезмерная, неорганизованная работа, к быстрому переутомлению ведут все пороки нездорового образа жизни, неустроенность быта, а также хронические заболевания. Сохранить работоспособность на долгие годы можно только при правильном чередовании труда и отдыха.

Закономерное изменение работоспособности наблюдается на протяжении рабочего дня. Вначале - период вхождения в работу. Обычно при тяжелой физической работе врабатывание происходит уже через 20—25 мин, а при средней ее тяжести — за час-полтора, в то время как при выполнении творческого, умственного труда может длиться до двух часов, в течение которых работоспособность постепенно повышается. Затем наступает период оптимальной работоспособности, и появляющиеся к концу его признаки утомления еще не сказываются на работоспособности благодаря волевым качествам человека. Далее снижение работоспособности приводит к тому, что никакие волевые усилия не способны компенсировать нарастающее утомление, и труд прекращается. Требуется отдых для восстановления сил. Резко повышает работоспособность активный интерес к делу, к процессу труда.

* * *

Опыт показывает, что поддержание высокой работоспособности и здоровья немыслимо без правильной организации двигательного режима и рационального питания. Прежде всего рациональное питание означает достижение соответствия между расходом энергии, обусловленным работой, и поступлением в организм для компенсации энергозатрат питательных веществ. Конечно, такая сбалансированность питания достигается не вопреки его качественной полноценности. Так хотя люди различных профессий для компенсации энергозатрат и нуждаются в разном количестве килокалорий, потребность их в основных пищевых белках, жирах, углеводах, витаминах и микроэлементах одна и та же и должна быть обеспечена прежде всего.

Приблизительные расчеты энергетических потребностей с учетом веса, возраста человека и выполняемой им работы возможны, например, с помощью следующей формулы (согласно В. Загрядскому и З. Сулимо-Самуйлло):

энергозатраты = (Р × 46 ккал) × В × К,

где Р — вес тела; В и К — коэффициенты пересчета в соответствии с возрастом и выполняемой работой. Так, расход энергии у человека в возрасте 20—39 лет принят за 100 %, а для мужчин 16—19 лет составляет 102 % (для женщин того же возраста — 105 %). Коэффициент В в других возрастных группах (40—49, 50—59, 60—69 и выше 70 лет) равен соответственно 95, 90, 80 и 70 %.

Коэффициент К, принятый за 100 % по отношению к умеренной нагрузке, соответствует 0,9 — для легкой работы; 1,17 — для тяжелой; 1,34 — для очень тяжелой. Таким образом, человек, к примеру, в возрасте 43 лет, весом 70 кг, выполняющий тяжелую работу, за рабочий день будет расходовать:

(70 × 46 ккал) × 0,95 × 1,17 = 3579 ккал.

Отсюда можно представить и энергетическую потребность для компенсации энергозатрат, причем удовлетворять ее необходимо полноценным пищевым рационом. К тяжелым относятся работы с энергозатратами более 250 ккал/ч, а к легким — до 150 ккал/ч. Согласно А. Бодрову, если неквалифицированные строители в процессе работы расходуют 240—450 ккал/ч, летчики и водители — 76—190, а руководители учреждений, предприятий, инженеры — 96—144, то работники за пультами управления — 150—250 ккал/ч.

* * *

Для людей, занимающихся умственным трудом, разрабатываются оптимальные двигательные режимы: в зависимости от их воз-

раста, пола, состояния здоровья, уровня тренированности, характера деятельности, образа жизни, темперамента. Выяснилось, что влияние физических упражнений на умственную работоспособность оценить не просто. Чтобы поддержать ее на достаточно высоком уровне в течение длительного времени, рекомендуются упражнения средней интенсивности. Такие небольшие нагрузки действуют стимулирующе, в то время как увеличение их может оказаться не только бесполезным, но и вредным для физически неподготовленного человека. Поэтому так кратковременны и умеренны по интенсивности физкультурные паузы на производстве, в учебных заведениях, утренняя зарядка.

Определить степень своей физической подготовленности можно, например, с помощью теста Н. Амосова. Исходное положение — стоя, пятки вместе, носки врозь. Сосчитав пульс за 15 с, определить количество ударов в минуту путем умножения на 4. Затем сделать 20 приседаний в медленном темпе, сохраняя туловище прямым, разводя колени, поднимая руки вперед. Снова сосчитать пульс для сравнения с исходным. Если число ударов увеличилось менее чем на четверть от исходного уровня, состояние сердечно-сосудистой системы выше удовлетворительного, если же до 50 %, то оно удовлетворительно, а до 75 % и выше — неудовлетворительно.

Здоровые люди в возрасте до 50 лет могут использовать «лестничную пробу» Д. Аронова. Для этого нужно без остановки подняться на 4-й этаж в нормальном темпе. И если после подъема нет неприятных ощущений, дышится легко, то степень физической подготовленности можно считать удовлетворительной. В случае появления одышки — она средняя, если же одышка тяжелая, а слабость обнаружилась уже на предпоследнем (3-м) этаже — подготовленность плохая. Тест Купера рассчитан на тех, кому нет еще 35 лет. Степень физической подготовленности в нем определяется по таблице расстояний, которые без снижения своего самочувствия пройдет или пробежит испытуемый всего за 12 мин. Удовлетворительна она, если расстояние это равно 1,85—2,4 км.

* * *

Постегивание веником на горячем полке — это тоже своеобразный массаж, но воздействие бани будет еще благодатнее, если вы помассируетесь, советует А. Галицкий, автор многих популярных книг и своего рода энциклопедии о бане (Щедрый жар. — М.: ФиС, 1986).

Баня — сильнодействующая процедура, поэтому едва ли целесообразнее интенсивный массаж всего тела, длящийся около часа. Лучше промассировать отдельные участки тела, скажем, поясницу, где появилась боль, а если уж хочется помассироваться в бане, рассказывает А. Галицкий, то делают это между первым и вторым заходами в парилку. Причем в самой парилке перед этим не очень-то усердствуют, ведь предстоит такая основательная нагрузка, как массаж.

Перед тем как массироваться, надо ополоснуться под теплым душем и лечь на скамейку в мыльном отделении на живот. Разумеется, лежак несколько раз обдать из таза горячей водой, не только из гигиенических соображений, а чтобы тело не остывало: опытный массажист, почувствовав, что подопечный уже остыл, велит ему снова ненадолго зайти в парную, и лишь тогда продолжит начатое.

Лучше всего массировать друг друга. Тот, кого массируют, кладет один веник под голову, а второй — под ноги. Массажист, приступая к делу, прежде намыливает свои руки и тело подопечного. Вначале поглаживает спину двумя руками, скользящим движением проходит по телу выпрямленными ладонями, пальцы сомкнуты. Руки следуют друг за другом, а можно и «параллельным курсом» — рядом.

Вначале поглаживание идет довольно нежно, а под конец поэнергичней, и если хотят несколько усилить давление, накладывают одну ладонь на другую, надавливая запястьем. Не забудьте о шее: ее массируют сверху вниз. Теперь, перейдя к растиранию, руки уже не скользят по коже, а словно устремляются в нее — кожа даже немного сдвигается, впереди движущихся рук образуются складки. Конечно, делается это умело, легко, осмотрительно.

Можно перейти и к выжиманию — излюбленному приему финских массажистов: бугром большого пальца и частью ладони нажимают на тело и скользят по нему прямолинейно. После спины на очереди поясница, ягодицы, ноги и, наконец, плечи и руки. 15—20 мин — таков сеанс этой процедуры. Число массажных приемов надо ограничивать. Другое дело разнообразить «палитру» их, осваивая все новые и новые приемы, ведь их великое множество.

* * *

Жизнерадостность, уверенность в своих силах, общительность и высокая работоспособность, свидетельствующие об отличном здоровье, — вот типичный образ «моржа», обладающего к тому же хорошей физической подготовкой. Десятки тысяч людей, увлекающихся зимним плаванием, живут в различных уголках нашей страны, своим примером доказывая пользу такого занятия.

Известно, что для практически здоровых людей не существует абсолютных противопоказаний к закаливанию холодом. Вместе с тем, как считает специалист в этой области, известный энтузиаст зимнего плавания Александр Николаевич Колгушкин, автор книги «Целебный холод воды» (М., 1986), влияние закаливания холодом на различные заболевания пока изучено недостаточно или не изучено вообще.

Что касается противопоказаний к занятиям зимним плаванием, то согласно Г. Смирнову им не препятствует наличие таких отклонений в состоянии здоровья, как:

— сердечно-сосудистые заболевания без нарушения кровообращения (гипертоническая болезнь I стадии, атеросклеротический кардиосклероз и миокардиодистрофия без нарушений компенсации);

— заболевания легких (неактивные формы туберкулеза легких в фазе уплотнения и стойкой компенсации, очаговые пневмосклерозы в фазе ремиссии);

— заболевания центральной нервной системы;

— заболевания периферической нервной системы (радикулиты, плекситы и [illegible] нарушения компенсации, вне периодов обострения);

— заболевания желудочно-кишечного тракта (хронические гастриты, энтериты и колиты при удовлетворительном общем состоянии и отсутствии выраженных спастических явлений);

— нарушение обмена веществ

Разумеется, речь идет об организованных занятиях — в секциях, проводимых с учетом закаленности человека и врачебных рекомендаций, обеспеченных врачебным контролем, дополненным систематическим самоконтролем. Противопоказано зимнее плавание при следующих острых и хронических (в стадии обострения) заболеваниях (согласно Л. Коротковой):

— воспалительные заболевания носоглотки, придаточных полостей носа, отиты;

— сердечно-сосудистой системы (врожденные и приобретенные пороки клапанов сердца, ишемическая болезнь сердца с приступами стенокардии, перенесенный инфаркт миокарда, коронарокардиосклероз, гипертоническая болезнь II и III стадий);

— центральной нервной системы (эпилепсия, последствия тяжелых травм черепа, склероз сосудов головного мозга в выраженной стадии, сирингомиелия, энцефалит, арахноидит);

— периферической нервной системы (невриты, полиневриты);

— эндокринной системы (сахарный диабет, тиреотоксикоз);

— органов зрения (глаукома, конъюнктивит);

— органов дыхания (туберкулез легких — активный и в стадии осложнений, воспаление легких, бронхиальная астма, эмфизема);

— мочеполовой системы (нефрит, цистит, воспаление придатков, воспаление предстательной железы);

желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка, энтероколит, холецистит, гепатит),

— кожно-венерические заболевания,

послеожоговые обширные рубцы кожи

Нельзя допускать к плаванию людей, страдающих инфекционными и контагиозными заболеваниями, которые могут передаваться водным и воздушным путем. Имеются некоторые противопоказания и ограничения для практически здоровых людей. Согласно В. Земану и Я. Новаку к этой категории лиц относятся те, у кого выявляются

— чрезмерные тепловые потери организма, при которых переход из ледяной воды в теплое помещение или под горячий душ вызывает рвоту, головокружение и шум в ушах;

спазм коронарных сосудов (аритмия и другие нарушения сердечной деятельности) в результате воздействия холода;

— рефлекторное прекращение деятельности сердца: теоретически не исключено, что это может произойти при резком и быстром охлаждении поверхности тела, особенно головы, и является крайним случаем реакции организма на погружение в ледяную воду;

— появление судорог, чаще всего захватывающих трехглавую мышцу голени (предрасположение к ним повышается после интенсивной деятельности с нагрузкой на ноги перед плаванием);

— анормальные реакции на холод (некоторые люди обладают повышенной чувствительностью к холоду, что может вызывать аллергические явления, чаще в форме крапивницы, у них не исключены одышка и даже приступ удушья, а многократные и резкие охлаждения рук ледяной водой могут вызвать в таких случаях спазм периферических сосудов — болезнь Рено).

Лицам с повышенной нервной возбудимостью следует осторожно подходить к занятиям зимним плаванием (оказывает тонизирующее действие). Существует и такой весьма опасный фактор, по свидетельству А. Колгушкина, как недисциплинированность и ненужный азарт. Во всех случаях сомнений или ухудшений самочувствия следует обратиться за консультацией к врачу

Тем, кто работает ночью, необходимо спать 7—8 ч днем, желательно с 14—15 до 21—22 ч, или же 6 ч перед сменой, а 2 ч — после нее. Спать с утра, сразу после смены все 7—8 ч без перерыва нерационально, считает доктор медицинских наук, профессор В. Васильев. Какие же предлагаются им рекомендации для двухдневного отдыха после ночной смены?

В первые сутки — сон с 9 до 12 ч. После пробуждения дыхательная гимнастика и физзарядка с последующим расслаблением по системе аутогенной тренировки, водные процедуры, легкий завтрак. Обед — в 14 ч, а в 18 ч — физкультурные занятия, ритмическая гимнастика, бассейн (при отсутствии возможностей — занятия комплексом релаксационной гимнастики). Далее вечерняя прогулка — в 20 ч, после которой рекомендуется выполнить позу «березка» из комплекса релаксационной гимнастики, и в 22—23 ч — отход ко сну. Подъем ранний — в 7 утра (на второй день после ночной смены).

После пробуждения — дыхательная гимнастика, зарядка с последующим расслаблением по системе аутогенной тренировки, водные процедуры. Завтрак (легкий) — в 8 ч. Все дальнейшее по режиму первого дня. Не стремитесь плотно есть вечером перед сменой, советует В. Васильев, рекомендуя легкоусвояемую пищу на ужин (творог, рыбу, салаты из овощей) и, конечно, чашку крепкого чая или кофе. Завтрак (первый) — сразу же после окончания смены — должен составлять 10 % общей калорийности суточного пищевого рациона, второй завтрак (дома) — 25, обед — 30 %.

ЧИТАЙТЕ:
ПУТЕШЕСТВИЕ В МИР ФАРМАКОЛОГИИ

Авторы: доктор медицинских наук
Ю. Ф. Крылов
и кандидат медицинских наук
П. А. Смирнов

КНИГА ВЫЙДЕТ
в издательстве «Знание» в 1988 году

ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ЗДОРОВЬЯ

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Реабилитация — система мероприятий, имеющих целью быстрейшее и наиболее полное восстановление здоровья больных и инвалидов и возвращение их к активной жизни и общественно полезному труду.

В восстановительном лечении нуждаются больные, перенесшие тяжелые заболевания (инфаркт миокарда, кровоизлияния в головной мозг, повреждения спинного мозга, заболевания суставов и позвоночника, сопровождающиеся деформациями), больные с врожденными или приобретенными нарушениями опорно-двигательного аппарата; страдающие дефектами зрения, органов речи и слуха; больные с тяжелыми поражениями центральной нервной системы; психически больные; больные, перенесшие тяжелые операции на сердце и внутренних органах; люди, утратившие трудоспособность вследствие длительных и частых заболеваний; инвалиды всех групп. Медицинская реабилитация направлена на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной нарушенной или утраченной функции, или на возможное замедление прогрессирования заболевания.

Лечение в целом направлено на восстановление здоровья и возвращение к трудовой деятельности, однако мероприятия по медицинской реабилитации начинаются в больничном учреждении, когда прекратились острые проявления болезни. Именно тогда наступает пора восстановительных мероприятий и долечивания недуга, для этого применяют все виды необходимого лечения — хирургическое, терапевтическое, ортопедическое, курортное и др.

В случае неполного выздоровления, но при отсутствии необходимости дальнейшего пребывания в клиническом отделении больницы больного выписывают из нее, и он поступает на амбулаторное лечение в поликлинику, а при стойких нарушениях его переводят в отделение восстановительного лечения в той же или другой больнице.

Пребывание в отделении восстановительного лечения, периодическое направление в местный санаторий или на курорт, где применяются физиотерапия, лечебная физкультура и пр., и составляют предмет собственно медицинской реабилитации.

Этот период продолжается до тех пор, пока здоровье и трудоспособность больного не будут восстановлены или же лечение не даст должного эффекта. Но в последнем случае инвалид остается под наблюдением

врачей и получает все необходимое для поддержания здоровья и облегчения его положения

Профессиональная реабилитация

Профессиональная реабилитация предусматривает обучение или переобучение доступным формам труда, обеспечение необходимыми индивидуальными техническими приспособлениями для облегчения пользования рабочим инструментом, приспособление рабочего места к функциональным возможностям организма больного или инвалида на его прежнем предприятии, организацию специальных цехов и предприятий для инвалидов с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем и т. д.

Для приобретения профессии или переквалификации инвалидам предоставляется бесплатное обучение в специальных профтехучилищах и техникумах органов социального обеспечения или обществ слепых и глухих. Проживающие в интернатах при этих учебных заведениях обеспечиваются бесплатным содержанием.

Бытовая реабилитация

Бытовая реабилитация имеет в виду предоставление инвалиду необходимых протезов, личных средств передвижения дома и на улице (специальные вело- и мотоколяски, автомашины с приспособленным управлением и др.).

Педагогическая реабилитация

Под педагогической формой реабилитации понимают мероприятия воспитательного характера в отношении больных детей, направленные на то, чтобы ребенок овладел необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, получил школьное образование.

Очень важно выработать у ребенка психологическую уверенность в собственной полноценности и создать правильную профессиональную ориентацию.

В отношении взрослых осуществляются учебные мероприятия, предусматривающие подготовку их к различным доступным им видам деятельности, создающие также уверенность в том, что приобретенные знания в той или иной области окажутся полезными в последующем трудоустройстве.

(Популярная медицинская энциклопедия — М. Советская энциклопедия, 1981)

ЧИТАТЕЛЮ НА ЗАМЕТКУ

ПОСЛЕДСТВИЕ ЛЕГКОВЕРИЯ

Занятие врачеванием как профессией лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования, влечет за собой уголовную ответственность. И следует помнить, что обращение к знахарям всегда чревато опасными для жизни последствиями. Вот один из многих примеров, приведенных в недавно вышедшей книге профессора Ибрагима Ахмедхановича ШАМОВА «Врач и больной» (М.: Изд-во УДН, 1986).

Еще во время учебы в институте я работал в период летних каникул в райбольнице, вспоминает автор. В один из дней к нам на попутной машине доставили человека, найденного на дороге в бессознательном состоянии с большой раной на голове.

Придя в себя, пострадавший рассказал следующее. В последнее время у него стали появляться фурункулы. К врачам он не обращался, так как имел предубеждение против лекарств. Лечился домашними средствами, но эффекта не было. Кто-то посоветовал ему поехать в соседнее село к знаменитому знахарю.

Знахарь осмотрел его и предложил «оперативное» лечение фурункула, который на этот раз образовался на темени. Больной согласился, и «операция» была проведена. Разумеется, варварским и антигигиеническим способом. Без обезболивания и без соответствующей обработки рук и места разреза.

Характер раны свидетельствовал о том, что знахарь где-то слышал о крестообразном разрезе, который рекомендуют производить при групповом расположении фурункулов — карбункуле. Он так и сделал. Однако ткани черепа очень обильно снабжены сосудами, и разрезы на коже головы требуют особой осторожности, умения остановить кровотечение. Знахарь же наложил на рану легкую повязку и отправил больного домой. Больной потерял много крови. Более того, быстрая ходьба усилила кровотечение, и он потерял сознание. К счастью, его подобрала случайная машина, на которой он был доставлен в больницу.

К сказанному следует добавить, что причиной фурункулеза у больного оказался сахарный диабет. При этой болезни, особенно нелеченой, раны заживают плохо. Таким образом, если бы не своевременная врачебная помощь, то действия знахаря, несомненно, сыграли бы роковую роль в жизни этого человека.

ВКЛЮЧИТЕ В СВОЙ ГИМНАСТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС!

КРАСОТА И ЗД

ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПЛОСКОСТОПИЯ, ОТДЫХА НОГ И СТОП

I

I. Исходное положение (ИП) — сидя, прямыми руками опираясь сзади о пол, ноги выпрямлены, смотреть прямо.
На счет 1 — разогнуть стопы, вытянув носки (а); 2 — согнуть стопы, носки на себя (б).
Вариант: одновременное разгибание одной стопы и сгибание другой. Ноги выпрямлены в коленях, мышцы максимально напряжены

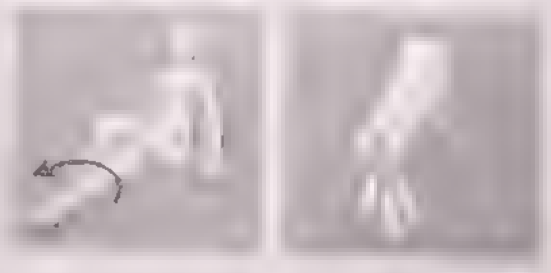
IV

IV. ИП — лежа на спине
1 — мах прямой ногой вперед-вверх; 2 — возврат в ИП; 3—4 — то же другой ногой
Варианты: махи левой и правой ногой вперед и в сторону. Лежа на животе — махи назад, подбородок опирается на ладони согнутых рук, в упоре на локтях. Махи ногой в сторону — лежа на спине, на животе, на боку (с опорой на локоть, предплечье, кисть той же руки и на ладонь другой)

VII

VII. ИП то же, что и в I:
1—3 — развести пальцы стоп пошире; 4 — соединить пальцы.

VIII



VIII. ИП — то же:
1—4 — согнуть левую ногу, захватив пальцами стопы платочек и перенести его через правую ногу; 1—4 — то же правой ногой.
Варианты: пальцами стоп захватываются все более сложные предметы (карандаш, мячик) — перекладывать их вдоль ног и дальше в стороны.

II

II ИП
1 — с
ближе
левой
то же
на с вы

V

V. ИП то
1 — мах
в ИП; 3
правой н
1—4 — то

IX

IX ИП
ягах 1
тянув
тянув
двигая

ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЫШЦ ВНУТРЕННЕЙ СТОРОНЫ БЕДЕР

I

I. ИП — основная стойка, руки на поясе:
1 — правую ногу вывернуть наружу, выставив вперед, поставить на вытянутый носок (а); 2 — правую ногу приставить к левой, с опорой на всю ступню, пяткой внутрь. Перенеся тяжесть тела с левой ноги на обе, согнуть их в коленях (б); 3—4 — то же другой ногой. Обе ноги повернуты в тазобедренных суставах, согнутые колени — на линии перпендикуляра к пальцам стоп, тяжесть тела равномерно распределена на наружных сводах стоп.

II

II ИП — лежа на спине руки в стороны
1—2 — поднять вытянутые ноги (а), 3—4 — опу
ленно и не сгибая их, на расстоянии от пола
нему всей спиной, не отрывая таза и поясницы (б
ризонтальные ножницы (
ногой в сторону — лежа на спине, на животе, на боку (с опорой на локоть, пред-
плечье, кисть той же руки и на ладонь другой)
движения ногами, п
ухе обеими ногами. Ж
положение рук.

Упражнения рекомендуют Александра Пионтковска и Ева Плошай

ОТА И ЗДОРОВЬЕ: ИЗЯЩНАЯ ФИГУРА

II

II. ИП — то же:
1 — согнуть правую ногу в колене, ведя ее носком по полу, ближе к левой ноге (а); 2 — выпрямить (б); 3—4 — то же левой ногой. 1 — согнуть обе ноги (в); 2 — выпрямить; 3—4 — то же повторить. Варианты: то же, лежа на спине. Одновременно с выпрямлением одной ноги сгибать другую.

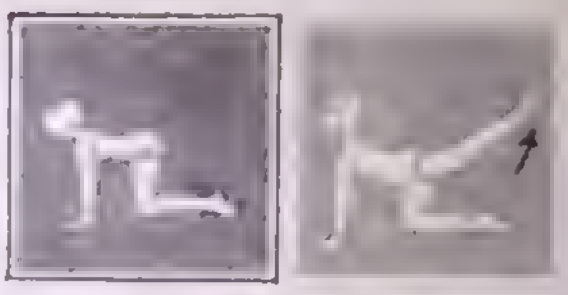
III

III. ИП — то же:
1 — поднять правую ногу (а); 2 — согнуть правую ногу и коснуться пальцами пола за левой ногой (б); 3 — выпрямить ногу в колене; 4 — опустить в ИП; 1—4 — то же левой ногой

IV

V. ИП то же, что и в I:
1 — мах правой ногой вперед-вверх; 2 — возврат в ИП; 3—4 — то же левой ногой; 1 — мах правой ногой в сторону; 2 — возврат в ИП; 3—4 — то же левой ногой

VI

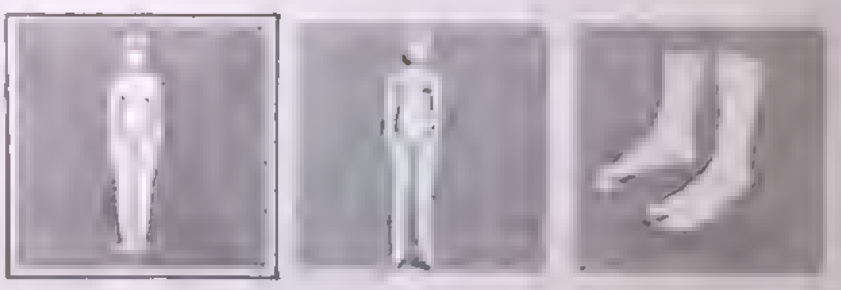


VI. ИП — стоя на коленях:
1 — мах прямой левой ногой назад; 2 — возврат в ИП; 3—4 — то же выпрямленной правой ногой.

IX

IX. ИП — то же:
взять 1—2 пальцами ноги карандаш и пытаться писать им буквы и цифры, слова и числа. Выполнить то же 2—3 и 3—4 пальцами, двигая ногой все более широко.

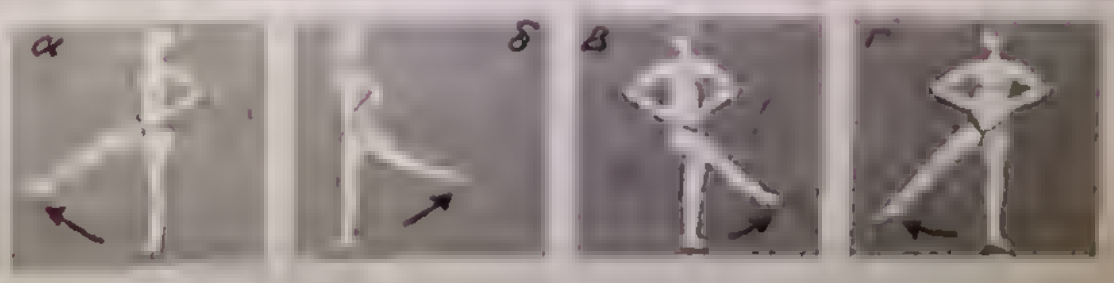
X



X. ИП — основная стойка
ходьба на наружных краях стоп (пальцы сгибать). Чередовать с ходьбой на носках и на пятках.

в стороны:
ноги (а); 3—4 — опустить ноги медрасстояния от пола, прижимаясь к плеч и поясницы (б). Варианты: тодвижении ногами, письмо букв в положение рук.

III



III. ИП — основная стойка, руки на поясе:
1 — мах правой ногой вперед (а); 2 — мах правой ногой назад (б);
3 — мах правой ногой вперед-внутрь (влево, перед опорной ногой) (в);
4 — мах правой ногой вперед-наружу (г); 1—4 то же левой ногой

(Пионтковска А., Плошай Е. Здоровье и красота. Варшава. Спорт и туристика, 1986. Публикуется в изложении)

НА НАШЕЙ ОБЛОЖКЕ

УДАЛЕНИЕ ШИШЕК ГЛУПОСТИ

Сколько доверчивой терпеливости в позе мнительного нидерландского бюргера, надеющегося на исцеление от неизлечимой болезни — собственной глупости! А представление о том, что можно излечить человека от дурости и слабоумия, вырезав на черепе его жертвы — «наросты глупости», широко бытовало в эпоху средневековья.

В XV веке операция по удалению головных камней, как ее называли, уже высмеивалась в шуточных стихах, в лубочных гравюрах, на подмостках уличных театров. Так и надпись на картине «Удаление камней глупости» (дерево, масло) Иеронима Босха, сделанная художником, напоминала его современникам о веселой истории про обманутого Лубберта из Реймбуха, пытавшегося избавиться таким образом от собственной неполноценности. Надпись гласит: «Мастер вырезает камни, мое имя Лубберт».

Понятно, что на картине изображено чистейшее шарлатанство, более того, монашеские рясы лекаря и его сообщницы в данном случае превращают эту сцену обмана в острую антиклерикальную сатиру. И все же, что хотел сказать своей аллегорией Босх?

Обратимся к истории. Своим творчеством Иероним Босх завершил расцвет ренессансного искусства XV столетия — золотого века нидерландской живописи. Дошедшие до нас шедевры — и созданные Яном ван Эйком и Робером Кампеном, и получившие свою многогранность в творчестве Рогира ван Вейдена, Гуго ван дер Гуса, Ганса Мемлинга, Гертгена тот Синт Янса — буквально завораживают зрителя возвышенной одухотворенностью образов, чистосердечием, трогательностью прекрасного, волшебным сиянием красок, сохранивших первозданную свежесть. В период разложения средневековой культуры, пробуждения общественной мысли искусство Возрождения утверждало так земной мир и человека в нем, право на изображение действительности.

И сделав шаг в этом направлении, Ян ван Эйк, близкие к нему мастера живописали мир как царство гармонии, проявление высшего разума, красоты и целесообразности всего происходящего, воплощая стремление к прекрасному, совершенному. У Босха же действительность предстает ареной борьбы добра и зла, глупости и разума, высших духовных и низменных сил. Восхваление действительности было чуждо великому художнику, образованнейшему человеку своей эпохи, с острым и скептическим взглядом, подмечавшим недостатки, несправедливость и глупость, царившие в человеческом обществе.

В самом деле, XV столетие вошло в историю как век процессов ведьм, еретических движений, астрологии и алхимии, а нидерландские хроники сохранили повествования о непрерывных войнах, об эпидемиях чумы и холеры, уносивших ежегодно десятки тысяч жизней. Это была мрачная эпоха, когда голод и невежество, бесчеловечная жестокость, корысть людей, казалось, не имели границ, и было отчего прийти в отчаяние человеку, ощущающему непрочность и зыбкость бытия.

Не случайно Босх пошел дальше своих предшественников, открыв доступ в картину и тому, что называется изнанкой жизни — отрицательному, низменному, противопоставляя человеческие грехи и глупость высшим силам. И, отрицая восхваление действительности, осуждая недостатки общественной жизни, художник делает это в единственно возможной в те времена форме — с помощью аллегорий, астрологических и алхимических символов, иносказаний, обращаясь к фольклору и суевериям. Язык этот был понятен людям: фантастика, чертовщина, притчи, пословицы и поговорки, использованные Босхом, отражали мировоззрение народных масс, воспитанных на религиозных суевериях.

Так, из раны на голове оперируемого вместо «камня» появляется тюльпан — символ обмана, воронка на голове лекаря-шарлатана изображает дурацкий колпак, а в пейзаже за ним виднеются колесо и виселица — символы смерти и наказания за грехи. И бескрайний пейзаж с высокой линией горизонта лишь усиливает впечатление того, что сцена происходит в некоей земной сфере, символизирующей всеобщность происходящего.

Это одна из ранних работ художника, с творчеством которого связаны лучшие достижения искусства не только XVI, но и нынешнего столетия. Уже Питер Брейгель Старший, откликаясь на злободневные вопросы современности, обращался к наследию Босха. Ибо оно содержало действенный опыт изображения социальных тем, испытанные способы их трактовки (гротеск, сатиру), понятной и доступной народу, к тому же позволявшей избегать нападок цензуры.

Об этом свидетельствует и печатная графика того времени: десятки лубочных гравюр, снабженных нравоучительными надписями, создавались по мотивам его картин и рисунков. В период, предшествовавший нидерландской революции XVI века, такие гравюры сыграли немаловажную роль в ее успешной подготовке, распространяя среди широких народных масс смелые, обновляющие идеи.

(Никулин Н. Н. Золотой век нидерландской живописи. XV век. — М.: Изобразительное искусство, 1981. Публикуется в изложении)

Л. Столярова, А. Кадыков, Л. Черникова, М. Бурлакова

ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА

По статистике, инсульт случается ежегодно у 25 из каждых 10 000 человек, что составляет не одну сотню тысяч случаев инсульта в год. Среди причин смертности инсульт занимает 3-е место после таких заболеваний, как болезни сердца и злокачественные опухоли.

Таким образом, нарушение мозгового кровообращения — часто встречающееся заболевание, особенно среди людей пожилого возраста. Причиной его является поражение сосудов мозга, несущих необходимые нервным клеткам питательные вещества и кислород. Наиболее часто поражаются мозговые сосуды при таких распространенных среди людей среднего и пожилого возраста болезнях, как артериальная гипертония и атеросклероз.

Учеными выявлен ряд неблагоприятных факторов, способствующих развитию инсульта, которые получили название факторов риска. Наличие у человека одного такого фактора еще не означает, что у него обязательно разовьется данное заболевание. Но шансов заболеть у него все же в несколько раз больше, чем у любого другого человека одинакового с ним возраста, но благополучного по факторам риска. Сочетание же нескольких факторов риска резко повышает возможность развития инсульта.

К факторам риска относятся: наследственное предрасположение (наличие подобных заболеваний у родителей и ближайших родственников), артериальная гипертония (повышенное кровяное давление), ожирение, недостаточная физическая активность (гипокинезия), курение, употребление алкоголя, длительное нервно-психическое перенапряжение.

Наш двадцатилетний опыт реабилитации больных с последствиями инсульта позволяет утверждать, что в восстановлении нарушенных функций неоценима роль их семей, близких и родных. Это и моральная поддержка, и помощь при выполнении домашних заданий по лечебной гимнастике (больным с нарушениями движений), помощь в овладении речью, чтением и письмом (больным с речевыми расстройствами), создание дома условий, оптимальных для успешного выздоровления больного.

Многие родственники больных, да и сами больные в беседах, письмах спрашивают нас, как правильно проводить в домашних условиях занятия по восстановлению движений и речи, как правильно питаться и вести себя, чтобы не повторился инсульт, просят нас дать конкретные рекомендации и советы. Необходимость популярного пособия для семьи по вопросу восстановления у больных нарушенных в результате инсульта функций давно назрела. И возникла идея написать такое пособие, использовав опыт лечения постинсультных больных в Научно-исследовательском институте неврологии АМН СССР, в надежде на то, что знания эти помогут ускорить восстановление нарушенных функций, предотвратить рецидивы инсульта.

ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ОБ ИНСУЛЬТЕ?

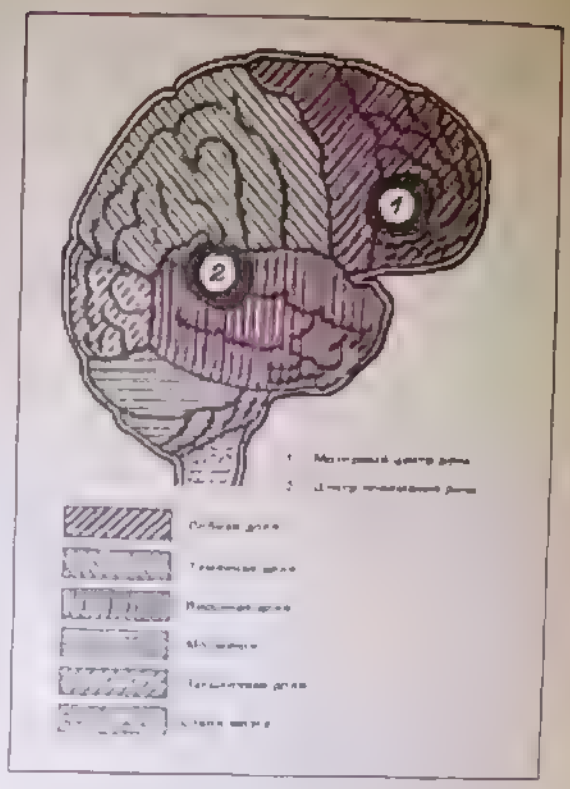
Среди расстройств мозгового кровообращения, приводящих к нарушению доставки с кровью всему мозгу и отдельным его областям кислорода и питательных веществ, различают мозговые кризы и инсульты.

При мозговом кризе кровоснабжение мозга нарушается на короткое время. Для криза особенно характерны так называемые общемозговые симптомы: резкая головная боль, тошнота, а иногда и рвота, головокружение, слабость, кратковременная (на несколько секунд) потеря сознания.

Общемозговые симптомы при инсульте в одних случаях отсутствуют, в других — выражены резко. Для мозгового инсульта характерно возникновение очаговых симптомов в виде нарушения речи, движений, расстройств координации, свидетельствующих о развитии очага поражения в той или иной области мозга.

Инсульт бывает двух видов. Различают кровоизлияние в мозг (синоним: геморрагический инсульт) и инфаркт мозга (синонимы: ишемический инсульт, размягчение). Первый возникает вследствие разрыва сосуда (чаще при высоком артериальном давлении) и обычно протекает с потерей сознания, второй же наступает при закупорке или резком сужении сосуда, снабжающего кровью определенную область мозга.

Инфаркт мозга реже протекает с потерей сознания. Наиболее частой причиной закупорки сосуда является атеросклероз, при котором на внутренней стенке сосуда образуются склеротические бляшки. В местах, где они располагаются, часто формируются кровяные сгустки — тромбы, закупоривая питающие сосуды. Возможен и иной механизм закупорки сосуда: бляшки крупных сосудов (аорты, сонных артерий) иногда изъязвляются, от них отрываются кусочки (эмболы,) которые с током крови заносятся в более мелкие сосуды и закупоривают их.



Уточним ваши представления о работе мозга

Опасные последствия инсульта станут понятнее, если хотя бы вкратце ознакомиться с основными принципами устройства и функционирования головного мозга. Сформировавшийся в результате длительного эволюционного развития человеческий мозг представляет собой сложную систему. Перерабатывая всю воспринимаемую органами чувств информацию об окружающем мире, головной мозг организует и планирует деятельность человека. Такие психические функции, как мышление, память, речь, возникли с развитием мозга.

Отдельные области мозга вносят различный вклад в организацию тех или иных психических функций. Так, например, лобные доли мозга ответственны за составление программы деятельности, ее планирование. Вот классический пример. Пчела строит свои совершенные в архитектурном отношении соты, слепо повинуясь инстинкту, а у архитектора осмысленно зарождается план здания. И лобные доли принимают основное участие в создании этого плана.

У правшей, к которым относится подавляющее большинство человечества, в нижней лобной извилине левого полушария головного мозга (в ее задних отделах) располагается центр речи, по имени открывшего его французского ученого названный центром Брока. У левшей центр Брока иногда располагается в правом полушарии.

На стыке лобной и теменной долей больших полушарий, в области передней и задней центральных извилин, в коре находится представительство двигательного анализатора. Центр этот регулирует выполнение произвольных движений, воспринимая и перерабатывая информацию об ощущениях, возникающих в чувствительном аппарате мышц, связок и суставов.

Область двигательного анализатора в левом полушарии осуществляет контроль за движениями правых конечностей

и мимической мускулатуры правой половины лица. Область двигательного анализатора в правом полушарии контролирует движения левых конечностей и мимической мускулатуры левой половины лица. В затылочной, височной и теменной областях коры больших полушарий реализуются прием, переработка и хранение информации, поступающей от органов чувств, формируются представления об окружающем человека мире.

Так, например, затылочные области связаны с органом зрения, сюда поступает и здесь перерабатывается зрительная информация, формируются зрительные образы. В височные области поступает информация от органа слуха, в теменные — информация от кожи, мышц, суставов. Это и ощущение тепла, холода, боли, давления. В теменной области происходит формирование осязательного образа предмета, а в области, лежащей на стыке теменной, височной и затылочной, формируется представление о пространстве.

У правшей в задних отделах левой верхней височной извилины расположен центр понимания речи, названный центром Вернике (по имени открывшего его ученого). Информация о звуках речи, поступающая в височную область от органа слуха, в этом центре перерабатывается в фонемы — единицы речи, что и позволяет воспринимать речь, понимать ее смысл. В симметрично расположенной зоне правого полушария находится центр понимания звуков музыки.

Центр регуляции вегетативных функций — обмена веществ, сосудистого тонуса, терморегуляции (регуляции температуры тела) и других, поддерживающих в необходимом равновесии с окружающей средой внутреннюю среду нашего организма, расположен в глубинной подкорковой структуре мозга — гипоталамусе. В стволе головного мозга (соединяющем головной и спинной мозг) также находятся различные вегетативные центры, имеющие отношение к регуляции дыхания, сердечно-сосудистой деятельности и обмену веществ. В прилегающем к стволу мозга мозжечке располагаются центры равновесия и координации движений.

Значительную часть больших полушарий и ствола головного мозга занимают нервные проводники (проводящие пути), осуществляющие многочисленные связи между отдельными областями мозга, между головным и спинным мозгом.

В самом общем виде рассмотрим, как происходит реализация целенаправленного движения. Импульс с приказом (например, «поднять вверх руку») от корковой части двигательного анализатора, по проводящим нервным путям в стволе мозга следует в спинной мозг. На границе между стволом головного мозга и спинным мозгом проводящие пути перекрещиваются, так что пути из правого полушария направлены в левую половину спинного мозга, а из левого — в правую половину.

Далее проводящие пути заканчиваются у различных двигательных нейронов (нервных клеток) спинного мозга. При этом нервные импульсы, предназначенные, в частности, руке, поступают к двигательным нейронам шейного отдела, адресованные ноге — к нейронам поясничного отдела. От двигательных нейронов спинного мозга, по передним корешкам его, а затем по периферическим нервам импульсы направляются к иннервируемым ими мышцам. Одновременно осуществляется обратная связь от мышц — по периферическим нервам, затем по задним корешкам (в спинной мозг), далее по проводящим чувствительным путям спинного и головного мозга нервные импульсы поступают в область двигательного анализатора в коре больших полушарий, сигнализируя, что приказ выполнен.

Последствия инсульта

Но вот поражение любого из перечисленных отделов нервной системы ведет к тому, что приказ совершить то или иное движение выполнен не будет. При инсульте многое зависит от локализации (месторасположения) поражения.

Так, например, если будет поражена область двигательного анализатора или путь, идущий от него к двигательным клеткам спинного мозга, то разовьются двигательные нарушения: паралич (пол-

ное обездвижение конечностей — руки или ноги, либо руки и ноги), парезы (частичное ограничение движений конечностей, слабая их подвижность)

У правшей, при локализации инсульта в левом полушарии головного мозга, часто возникает нарушение речи — афазия, обычно сочетающаяся с правосторонним нарушением движений конечностей (правосторонний гемипарез). Поражение речевой области Брока влечет за собой развитие так называемой моторной афазии (когда собственная речь становится резко затрудненной или вовсе невозможной). Понимание же речи окружающих при моторной афазии в основном сохранено.

С поражением речевой области Вернике возникает сенсорная афазия, для которой характерно нарушение понимания речи окружающих. Больной оказывается как бы в положении путешественника, попавшего в страну, язык населения которой он не понимает. С потерей самоконтроля за правильностью произнесения слов в собственной речи (а больной не понимает собственную речь) изменяется и она. Речь больных с сенсорной афазией состоит из обрывков отдельных слов и фраз, набора звуков. В медицинской практике речь больных сенсорной афазией образно называется словесной окрошкой.

В случаях обширного инсульта могут быть поражены обе речевые области, и тогда возникает тяжелое речевое расстройство: сенсорно-моторная афазия. При всех формах афазии страдают также другие связанные с речью функции: письмо и чтение.

Рассмотрим поражение коры затылочной области, больших полушарий мозга, воспринимающей зрительную информацию. При поражении левой затылочной области в зрительных полях обоих глаз выпадает правая половина: больной не видит предметы, расположенные справа от центральной линии в поле зрения. При поражении правой затылочной доли выпадает соответственно левая половина поля зрения.

При поражении тех областей коры затылочной доли, которые не воспринимают, а перерабатывают зрительную информацию и формируют зрительный образ, возникает не слепота и не выпадение зрительного поля, а распад зрительных представлений — зрительная агнозия (неузнавание). Больной видит окружающие его предметы, лица, но не узнает их. В более легких случаях неузнавание распространяется только на редко встречающиеся предметы, изображения экзотических животных, лица малознакомых людей.

При поражении теменной области возникает нарушение осязательного узнавания предметов (при ощупывании) — астереогноз (стерео — объемный, пространственный; гнозис — узнавание). С поражением теменной доли левого полушария наступает астереогноз правой руки, при правостороннем поражении — левой руки. Ощупывая знакомые предметы (например, ключ, карандаш, спичечный коробок, расческу) здоровой рукой, человек легко узнает их с закрытыми глазами, в то время как при астереогнозе часто не удается не только назвать их, но и определить форму и материал, из которого сделаны эти предметы.

Часто при теменной локализации инсульта возникают и другие чувствительные нарушения: уменьшение ощущения боли, холода и тепла на противоположной очагу поражения стороне тела. При поражении области, находящейся на стыке теменной, височной и затылочной долей мозга, возникает нарушение ориентации в пространстве. Больной с таким нарушением не может найти свой дом, квартиру или палату в лечебном учреждении, путается в расположении знакомых улиц, не ориентируется в часах и в карте

Расположение очага инсульта в мозжечке приводит к нарушению координации движений, шаткости походки, постоянному головокружению.

Поражение вегетативных центров, расположенных в гипоталамусе и стволе мозга, встречающееся чаще при кровоизлиянии, сопровождается осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, нередко вызывает резкое повышение температуры. Часто при поражении гипоталамуса и ствола мозга возникает нарушение сознания.

Результатом инсульта может явиться и расстройство памяти. Ухудшение памяти вообще нередко встречается у боль-

ных со склерозом мозговых сосудов. Таким больным трудно бывает вспомнить фамилии, номера телефонов, они забывают, куда положили нужную вещь. Характерно, что события прошлых лет, особенно происшедшие в юности и детстве, они помнят хорошо, в то время как происшедшие недавно легко забывают и вспоминают с большим трудом. После перенесенного инсульта нарушения памяти часто усугубляются и становятся основными в жалобах больных.

При инсульте, локализованном в правом полушарии головного мозга, с развитием левостороннего гемипареза, у больных нередко наблюдается недооценка или отрицание возникшего двигательного дефекта. Так, например, они утверждают, что могут свободно двигать парализованными конечностями и делать ими все. На просьбу врача поднять вверх парализованную левую руку такой больной отвечает «пожалуйста», но поднимает при этом здоровую правую руку.

Одновременно с недооценкой двигательного дефекта у таких больных иногда возникают различные странные, как они говорят, ощущения в парализованных конечностях. Например, что стало две левых руки или что рука (парализованная) как деревянная либо покрыта шерстью. Эти ощущения вовсе не свидетельствуют о наличии у больных какого-то психического расстройства, обычно сами они активно не высказывают жалоб на эти странности, понимая всю их нелепость.

К счастью, в большинстве случаев развившиеся в результате инсульта симптомы — параличи и парезы, афазии, агнозии — со временем становятся менее выраженными или проходят вовсе. Постепенно появляются движения в парализованных конечностях, а больные с афазией начинают понимать речь окружающих, говорить отдельные слова.

Принципы восстановления

От чего зависят степень и темп восстановления нарушенных функций? Почему у одних все проходит бесследно, а у других остается выраженный дефект?

Возможности спонтанного (самопроизвольного) восстановления зависят от многих факторов, среди которых главную роль играют размеры очага поражения и его локализация по отношению к той или иной функциональной области мозга.

Даже небольшая зона поражения в области двигательного анализатора в коре больших полушарий в первые дни после инсульта может привести к развитию грубых двигательных нарушений. Однако сохранившиеся нервные клетки постепенно перестраивают свою работу так, чтобы заменить выбывшие из строя, и в результате нарушенная двигательная функция восстанавливается. Если же поражены все или почти все нервные элементы двигательного анализатора либо грубо повреждены пути, проводящие нервные импульсы к двигательным клеткам спинного мозга, восстановление двигательных функций идет значительно хуже.

При закупорке кровеносного сосуда, снабжающего определенную область мозга, большое значение для восстановления функции имеет развитие коллатерального (окольного) пути кровоснабжения. Сущность этого явления состоит в следующем. Наряду с ответвлениями основного кровеносного сосуда, снабжающего ту или иную область мозга, к ней приходят и коллатерали других сосудов. При нормальном кровотоке по основному сосуду такие запасные пути кровоснабжения обычно как бы закрыты, а усиленно функционировать они начинают лишь при недостаточном кровоснабжении такого участка.

Самый мощный коллектор перераспределения кровотока (Виллизиев круг) расположен в основании головного мозга. В нем соединяются все основные стволы крупных мозговых сосудов, и такой коллектор обеспечивает выравнивание кровотока при закупорке одного из них. И восстановление нарушенных функций во многом зависит от того, как быстро начинает функционировать система коллатерального кровоснабжения, насколько полно ей удается компенсировать нарушенный кровоток.

В значительной части случаев инсульта спонтанное (самопроизвольное) восстановление оказывается недостаточным. Вот почему такую большую роль в восстановлении функций играет специаль-

ное восстановительное лечение и обучение (переобучение) больных. Так, при двигательных нарушениях основным методом восстановительного лечения является лечебная гимнастика, а при речевых нарушениях — занятия с логопедом-афазиологом.

С одной стороны, методы восстановительного лечения способствуют тому, что начинают активно включаться в работу заторможенные, временно не функционирующие клетки вблизи очага поражения, с другой — методы направлены и на то, чтобы первые клетки других функциональных областей мозга как бы «подключались» к восстановлению той функции, которая оказалась нарушенной.

Обычно врачи спрашивают, на что можно надеяться при проведении восстановительного лечения.

Одним из основных принципов восстановительного лечения является его раннее начало. Целый ряд восстановительных мероприятий (занятия с логопедом, массаж и пассивную гимнастику, дыхательную гимнастику) начинают уже в первые дни после инсульта при условии сохранности сознания и относительно удовлетворительного общего состояния больного. Раннее начало восстановительной терапии позволяет предотвратить развитие различных патологических состояний, возникающих у больного после инсульта, или уменьшить их выраженность. Так, у многих больных с параличами и парезами в течение первых недель (реже месяцев) наблюдается нарастание тонуса (напряжения) отдельных мышечных групп паретичных конечностей. И если не принять соответствующих мер, о которых будет рассказано, разовьются контрактуры (тугоподвижность).

Другой важный принцип восстановительной терапии — длительность и непрерывность ее проведения в течение нескольких (обычно не менее 4—6) месяцев после инсульта. Во многих городах страны действует система поэтапного лечения больных, перенесших инсульт.

В первый же день больные поступают в неврологическое отделение больницы, а в случае тяжелого инсульта — в специализированные палаты интенсивной терапии (или в реанимационное отделение). В неврологическом отделении, где больные находятся 1—1,5 месяца, они проходят первый этап восстановительной терапии, затем переводятся в специализированное восстановительное отделение, где в течение 1—2 месяцев получают активное комплексное лечение, включающее занятия лечебной гимнастикой, массаж, физиотерапию, психотерапию, трудотерапию, а при речевых нарушениях — занятия с логопедом. В дальнейшем их выписывают на амбулаторное лечение в восстановительном отделении поликлиники, и больные с относительно хорошим восстановлением функций могут быть направлены в реабилитационный санаторий.

Там же, где нет еще такой четко организованной восстановительной помощи, необходимое лечение больной может получить на дому. Неоценимую помощь медицинским работникам здесь могут оказать родные и близкие больного.

Успех восстановительного лечения во многом зависит от активной позиции самого больного. Это связано с тем, что в восстановительной терапии основную роль играет процесс обучения. И тут, как и в школе, могут попадаться способные и менее способные, активные и малоактивные «ученики». Помочь больному хорошо освоить «предметы» на занятиях лечебной гимнастикой, логопедическими упражнениями — важная задача не только специалистов по восстановительному обучению, но и родных, близких больного.

КАК ПОМОЧЬ БОЛЬНОМУ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Если произошел инсульт, наиболее целесообразно срочно госпитализировать больного в неврологическое отделение больницы. Если же по каким-либо обстоятельствам этого сделать нельзя и больной остается дома, необходимо организовать для него стационар на дому. А это значит, что в то время как врач и медсестра регулярно навещают больного, наблюдая за состоянием его здоровья, выполняют медицинские процедуры, основные обязанности по уходу за больным несут его родные и близкие.

Первые дни больной, перенесший ин-

сульт, должен соблюдать постельный режим. Вопрос о длительности его и постепенном расширении решает врач. Длительность постельного режима зависит от тяжести состояния больного и прежде всего от состояния его сознания, а также от характера инсульта: при кровоизлиянии необходимость в покое бо́льшая, чем при инфаркте мозга.

Результаты исследований доказывают, что даже у здоровых молодых людей длительный постельный режим приводит к изменению со стороны мышечного аппарата, сердечно-сосудистой системы и органов дыхания, к нарушению обмена веществ.

У больных же, перенесших инсульт и соблюдающих длительный постельный режим, может возникнуть замедление скорости кровотока по сосудам, что, в свою очередь, часто вызывает повышение свертываемости крови и образование тромбов. При постельном режиме недостаточно вентилируются легкие, следствием чего является развитие в них застойных явлений, на фоне которых легко развивается пневмония.

Постельный режим — не препятствие активизации физической деятельности больных, пусть даже и очень ограниченной в первое время. Если не нарушено сознание, можно начинать заниматься гимнастикой с самых первых дней: вначале пассивной, затем активной. Для профилактики развития контрактур парализованным конечностям придают определенное положение. А с целью профилактики пролежней и застойных явлений в легких необходимо каждые 2 часа поворачивать больного в постели.

Если больной в сознании, с ним целесообразно проводить по нескольку раз в день занятия дыхательной гимнастикой. Наиболее простые, выполняемые даже ослабленными больными дыхательные упражнения — это надувание резиновых игрушек, камеры от мяча.

Желательно, чтобы комната, в которой находится больной, была светлой, защищенной от шума, хорошо проветриваемой. В комнате необходимо поддерживать чистоту и порядок. Влажную уборку помещения проводят 1—2 раза в день. Оптимальная температура воздуха в комнате 18—20 градусов. Летом окно или форточку надо держать открытыми, избегая при этом сквозняков, а зимой открывать форточку на 5—10 минут каждые 1—2 часа. Во время проветривания больного хорошо укрывают одеялом, на голову надевают вязаную шапочку. Последнюю можно заменить платком, полотенцем или шарфом.

Постель, на которой лежит больной, не должна прогибаться. Наиболее гигиеничен и удобен поролоновый матрац. Если больной не контролирует свои физиологические отправления, на матрац под простыню кладут по всей его ширине клеенку. При смене постельного белья, которую надо проводить регулярно, больного осторожно поворачивают на край постели. Старую простыню сворачивают как бинт, а на освободившуюся часть постели расстилают свежую простыню, куда и переворачивают больного.

Особого внимания требует уход за кожей. Ежедневно следует обтирать тело теплой водой с мылом, затем водой без мыла, и в конце процедуры насухо вытирать. Ее можно заменить более быстрым обтиранием полотенцем, смоченным дезинфицирующим раствором (в качестве которого можно использовать камфарный спирт, одеколон, спирт пополам с водой, столовый уксус — 1 столовая ложка на стакан воды). Один конец полотенца смачивают раствором, слегка отжимают и протирают кожу спины, шеи, передней поверхности грудной клетки.

Особо тщательно и часто надо протирать подмышечные области, складки паховые и расположенные под молочными железами у женщин. Не реже двух раз в день необходимо обмывать кожу половых органов и область заднего прохода теплой водой с мылом или слабым раствором калия перманганата и обтирать марлевым тампоном, для чего следует приобрести корнцанг в аптеке.

Умывать больных можно водой из кувшина или при помощи губки. Руки моют утром, перед каждым приемом пищи, и в остальное время надо следить за их чистотой.

Особое внимание следует уделить уходу за полостью рта, так как у тяжело больных часто возникают воспаления полости рта, стоматит. Зубы надо чистить не реже трех раз в день, полоскать рот после каждого приема пищи. Тяжело больным протирают зубы

шариком, смоченным 5 %-ным раствором борной кислоты или 0,5 %-ным раствором соды, либо слабым раствором калия перманганата.

Если появляются выделения из глаз, склеивающие ресницы и веки, их удаляют ватным тампоном, смоченным 2 %-ным раствором борной кислоты. Ежедневно промывают глаза теплой кипяченой водой.

Необходимо также постоянное наблюдение и за гигиеной волос. Их следует ежедневно расчесывать, особенно у женщин.

При постельном режиме физиологические отправления, такие, как мочеиспускание и дефекация, происходят в лежачем положении больного, а для этого необходимо иметь специальные приспособления (подкладное судно и мочеприемник). После использования мочеприемник и судно следует тщательно вымыть в горячей воде, затем мочеприемник промыть раствором перманганата калия, а судно 3 %-ным раствором хлорамина. Кроме того, для ухода за больным желательно приобрести в аптеке газоотводную трубку, резиновую клизму или кружку Эсмарха, грелку, градусник, корнцанг и пинцет.

У тяжелобольных нередко развиваются пролежни в местах, подвергающихся давлению и трению в постели: чаще всего в области крестца, реже в области лопаток, пяток, ягодиц, затылка. Вначале появляются повреждение кожи, болезненность, затем пузырьки с гнойным содержимым, на месте которых в дальнейшем может возникнуть язва. Для предупреждения развития пролежней необходимо тщательно соблюдать все указанные выше правила гигиены, а возможные места образования пролежней массировать и протирать камфарным спиртом. Надо следить, чтобы на простыне не образовывались складки.

При уже возникшем повреждении кожи покрасневшие участки следует 1—2 раза в день смазывать концентрированным раствором перманганата калия. Если пролежни возникли в области крестца, под таз необходимо подкладывать покрытый простыней резиновый круг, так, чтобы крестец находился над его отверстием.

Немаловажное значение имеют правильно организованное питание и питьевой режим. Больной должен выпивать жидкости не менее 2 литров в день (в виде некрепкого чая, кипяченой воды, соков, молока, бульона). В противном случае организму грозит обезвоживание. Питание должно соответствовать диете, назначенной врачом. Если у больного, перенесшего инсульт, имеется еще и сахарный диабет, ему назначается специальная противодиабетическая диета с резким ограничением сладкой и жирной пищи, а при болезни печени — печеночная диета.

Больной может поперхнуться во время еды. Это часто бывает в первые дни после инсульта. Поэтому пища должна быть протертой, и кормить больного следует чайной или десертной ложкой, поить же из специального поильника (можно заменить маленьким чайником).

При нормализации глотания и улучшении общего состояния диету расширяют. Если в первые дни больному дают преимущественно жидкую пищу (соки, бульоны, чай, жидкие протертые супы, кисели, кефир, простоквашу), то в последующем разрешаются свежие овощи, яица всмятку, картофельное пюре, паровые котлеты.

При гипертонической болезни больным рекомендуется вводить в рацион пищу, содержащую достаточное количество солей калия (курага, изюм, капуста, картофель, инжир) и магния (каши из гречневой и овсяной крупы).

Необходимо ограничить употребление поваренной соли, сладкой и жирной пищи, отказаться от острых закусок, копченостей. Полностью исключить из рациона крепкий кофе, крепкий чай и, конечно, алкогольные напитки, которые в малых дозах иногда стремятся давать больным несведущие родственники с целью повышения аппетита. Курение также должно быть категорически запрещено.

В первые дни после инсульта у больных часто возникают запоры. В их предупреждении большая роль принадлежит организации рационального питания. Пища обязательно должна содержать значительное количество веществ, способствующих ускорению прохождения пищи по кишечнику и его опорожнению. К ним относятся пищевые продукты, богатые органическими кислотами и

клетчаткой (простокваша, кефир, черный хлеб, фруктовые и овощные соки, свежие фрукты и овощи, пюре из чернослива и кураги, мед), содержащие углекислый газ минеральные воды. Если не помогает диетотерапия, дополнительно назначаются минеральные воды, обладающие выраженным послабляющим действием («Баталинская», «Лысогорская», «Ново-Ижевская»), или слабительные. При необходимости прибегают к очистительным клизмам.

В первые 2—3 недели больной нуждается в постоянном наблюдении. Дважды в день (в 7—8 и 18—19 ч) больным надо измерять температуру и считать пульс. Если больной страдает гипертонической болезнью, желательно под руководством врача или медицинской сестры освоить технику измерения артериального давления. В острый период инсульта, продолжающийся в среднем 3 недели, артериальное давление рекомендуется измерять 2—3 раза в день.

Правильно будет завести специальную тетрадь, в которую ежедневно надо записывать температуру, пульс, артериальное давление, был ли стул, а также какие лекарства принимал больной в течение дня. Лечащему врачу необходимо сообщать о всех изменениях, происшедших в состоянии больного, и то, какой у него аппетит, сон, настроение, наконец, с какой частотой и когда происходят физиологические отправления. Эти сведения помогут лечащему врачу полнее осуществлять контроль за ходом лечения больного на дому.

В первое время после инсульта многие находятся в крайне удрученном состоянии, бывают раздражительны и даже агрессивны. Со стороны родных и близких требуются в таких случаях большой такт и выдержка. Больного необходимо успокоить, отвлечь от гнетущих его мыслей, поддерживать в нем веру в выздоровление.

КАК ВОССТАНОВИТЬ ДВИЖЕНИЯ

Двигательные функции человека наиболее универсально проявляются во взаимодействии его с окружающей средой. Особенно важны в жизни человека движения, обеспечивающие, в частности, контакт с людьми, выполнение трудовой деятельности, точную координацию в совершении профессиональных операций, навык письма.

Основные понятия

Движение осуществляется скелетными мышцами, которые состоят из волокон, обладающих свойством возбудимости и сократимости. Возбуждение (как и сокращение) возникает под влиянием нервных импульсов из центральной нервной системы. Участие мышц в движении может быть различным, в зависимости от места прикрепления к костям скелета, от строения суставов, мышцы могут производить разные движения.

Приближение одной из частей тела к другой (например, предплечья к плечу, ладонной поверхности кисти к предплечью, пальцев кисти к ладони, голени к бедру, подошвенной поверхности стопы к голени) называются сгибанием. Поэтому мышцы, производящие это движение, именуются сгибательными. Следует отметить, что довольно часто мышцы называются не по своим основным функциональным свойствам, а по месту прикрепления или по месту расположения. Иногда в названиях мышц отражается их форма или состав

Так, например, основным сгибателем предплечья является двуглавая мышца плеча. Мышцы, сгибающие кисть и пальцы руки, так и называются — сгибатели, соответственно кисти и пальцев. Сгибание же голени осуществляют сразу три мышцы: двуглавая мышца бедра, полусухожильная и полуперепончатая мышцы, составляющие заднюю группу бедренных мышц. А подошвенное сгибание стопы выполняет трехглавая мышца голени.

Движение, противоположное сгибанию,— разгибание (например, руки — в локте, ноги — в колене). Мышцы, осуществляющие это движение, называют разгибателями. Кисть и пальцы руки разгибают соответственно разгибатели кисти и пальцев.

Основной разгибатель предплечья — трехглавая мышца плеча. Ногу в колене разгибает мощная четырехглавая мышца бедра, а тыльное разгибание стопы — передняя большеберцовая и длинная ма-

лоберцовая мышцы (по названию костей голени, вдоль которых они расположены).

Помимо сгибания и разгибания, имеются и другие виды движений. Так, при отдалении или приближении части тела по отношению к его средней линии говорят об отведении или приведении. Например, отведение руки в сторону, приведение руки к туловищу, отведение (разведение) и приведение бедер. Мышцы, участвующие в этих движениях, являются соответственно отводящими или приводящими. Так, большая грудная и широчайшая спинная мышца приводят руку к туловищу, а отводит — дельтовидная мышца. Приведение бедра осуществляет в основном длинная приводящая мышца, а отведение — малая ягодичная мышца.

Следует иметь в виду и такое явление. Как было сказано, сгибание предплечья к плечу осуществляет в основном двуглавая мышца плеча. Но в сгибании предплечья участвует также плечелучевая мышца. Эти мышцы при сгибании предплечья к плечу выступают как синергисты (производящие одно и то же движение). Те же мышцы, которые производят противоположно направленное движение (например, одна — сгибание, а другая — разгибание), называют антагонистами. И трехглавая мышца плеча, которая осуществляет разгибание предплечья (от плеча), является антагонистом двуглавой мышцы. Работающие как антагонисты, мышцы могут во многих случаях действовать как синергисты в другом движении.

Мышцы выполняют два вида работ: динамическую (перемещение тела в пространстве или частей тела друг относительно друга) и статическую (обеспечивают определенное положение тела в противодействии внешним силам, стремящимся это положение изменить). В то же время длительное неутомимое напряжение мышцы, называемое тонусом, обеспечивает противодействие силе тяжести и поддержание определенного положения тела в пространстве (например, стояние или сидение).

Между тем движение не сводится к простому сокращению отдельных мышечных волокон или даже групп мышц. От момента рождения происходит их совершенствование и развитие: от хаотичных движений новорожденного до высокодифференцированных у взрослого человека. Параллельно и во взаимосвязи с этим происходит совершенствование структур и функций коры головного мозга в целом.

Важно то обстоятельство, что мышцы не только исполняют движения, но и обладают своеобразными чувствительными функциями. Наличие в мышечной системе особо чувствительного аппарата позволяет центральной нервной системе осуществлять постоянный контроль за правильностью и точностью выполнения движений, а с другой стороны, регулировать состояние мышечного тонуса.

Выполнение любого движения сопровождается поступлением в кору головного мозга потока импульсов не только от чувствительных рецепторов мышц, но и от других рецепторов, сигнализирующих о необходимости изменения движения, если оно не дает нужных результатов. Однако информации от чувствительных рецепторов мышц принадлежит главная роль в регуляции, координации и управл[illegible]

При инсульте чаще всего имеет место повреждение лежащего выше спинного мозга (супраспинального) отрезка двигательного пути, что приводит к развитию центральных параличей или парезов. Нарушение движения конечностей отмечается, как правило, на одной стороне тела (гемипарез или гемиплегия). Характерным признаком центрального паралича, помимо отсутствия или ограничения движения, является повышение мышечного тонуса (спастичность) и усиление сухожильных рефлексов.

Тонус повышен не во всех мышцах, а только в определенных (как правило, в так называемых антигравитарных). Это мышцы позотонические, обеспечивающие вертикальное положение тела, большая грудная, двуглавая плеча, сгибатели кисти и пальцев, длинная приводящая бедра, четырехглавая бедра и трехглавая мышца голени. Тонус антагонистов этих мышц (дельтовидной, трехглавой плеча, разгибателей кисти и пальцев, задней бедренной группы, передней большеберцовой и длинной малоберцовой) обычно не повышен, но парез выражен в значительно большей степени.

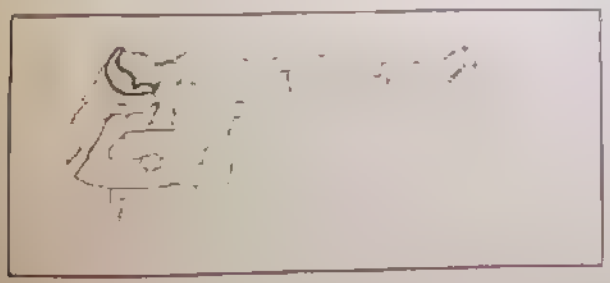
Одна из основных задач восстановительного лечения больных с нарушениями движения при центральном парезе заключается в уменьшении чрезмерного потока нервной импульсации со спастических мышц и в увеличении чувствительных сигналов от их антагонистов.

С этой целью с первых же дней после инсульта и в течение всего времени, пока больной находится в постели, рекомендуется применять особую укладку паретичных конечностей, которая носит название «лечение положением».

Лечение положением на спине и на здоровом боку

Укладка паретичных конечностей производится в положении больного на спине таким образом, чтобы мышцы, в которых после инсульта обычно повышается тонус (приводящие мышцы плеча, сгибатели руки, приводящие мышцы бедра, разгибатели голени и тыльные сгибатели стопы), были растянуты. Для этого у постели больного, со стороны парализованных конечностей, ставят стул с подушкой, на которую кладут больную руку ладонью вверх.

Руку выпрямляют в локте и отводят в сторону под углом 90 градусов. Под мышку больного кладут ватный валик, обтянутый клеенкой. Пальцы разгибают. Кисть и предплечье прибинтовывают к лангетке, которую можно выпилить из какого-либо твердого материала (например, фанера) и обтянуть марлей



Для фиксации положения руки на нее кладут мешочек с песком или солью (массой 0,5 кг). Парализованную ногу сгибают на 15–20 градусов в колене, под которое подкладывают валик. Стопа упирается в деревянный ящик («сапожок»), обтянутый мягким материалом. Рекомендуется в сапожок вложить маленькую подушку для лучшей фиксации стопы.

В положении на спине больной может находиться от 1,5 до 2 часов. Затем его следует повернуть на здоровый бок.

При укладке больного на здоровом боку, в отличие от укладки на спине, парализованным конечностям придается сгибательная позиция. Больную руку сгибают в плечевом и локтевом суставах и подкладывают под нее подушку, а парализованную ногу сгибают в коленном и тазобедренном суставах и тоже кладут на подушку. Так же, как и в положении на спине, очень важно следить за правильным положением кисти и стопы. Пальцы руки должны быть разогнуты, кисть привязана к лангетке и лежит на подушке ладонью вниз. Стопа должна упираться в ящик. В положении лежа на здоровом боку больной может находиться от 30 до 50 минут.

В течение первых дней после заболевания регулярно чередуют укладку паретичных конечностей в положении больного на спине и здоровом боку. Лечение положением не производится во время приема пищи, ночного сна, проведения других лечебных мероприятий.

Укладка паретичных конечностей препятствует развитию мышечных контрактур, способствует снижению мышечного тонуса и предупреждает развитие болей в суставах (особенно в плечевом). Кроме того, смена положения больного в постели каждые 1–2 часа предупреждает развитие пролежней.

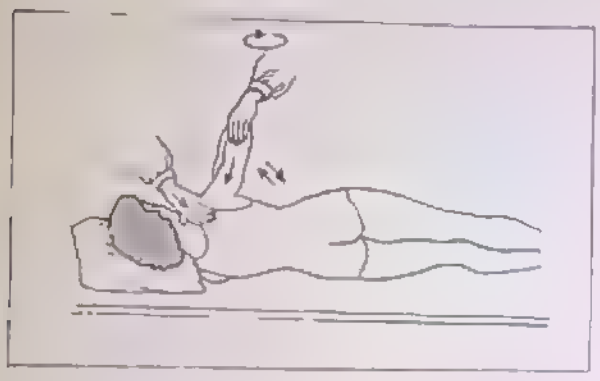
Пассивные движения и массаж

Одновременно с лечением положением начинают заниматься пассивной гимнастикой (движения в суставах паретичных конечностей, которые проводятся методистом ЛФК — лечебной физкультуры или лицом, его заменяющим). Пассивные движения осуществляются без активного мышечного содействия больного. Их выполняют осторожно, в медленном темпе.

Пассивные движения проводят по возможности в полном объеме, изолированно в каждом суставе. Для этого занимающийся с больным одной рукой обхватывает паретичную конечность выше разрабатываемого сустава, а другой — ниже этого сустава. И разработку про-

водят в следующей последовательности: плечевой, локтевой, лучезапястный суставы и пальцы руки, тазобедренный, коленный, голеностопный суставы и пальцы стопы. Объем и темп движений постепенно увеличиваются, число их для каждого сустава может быть от 5 до 10. Пассивные движения в первые дни после инсульта рекомендуется проводить 2—3 раза в день для всех суставов конечностей.

При выполнении движений большое значение имеет исходное положение отдельных частей конечностей



Так, например, при пассивных движениях в плечевом суставе больного укладывают на здоровый бок, а больную руку сгибают в локте. Одной рукой фиксируют плечевой сустав больной руки, другой обхватывают согнутую в локтевом суставе руку и совершают круговые движения, надавливая в сторону плечевого сустава, как бы ввинчивая головку плечевой кости в суставную впадину. Отведение бедра полнее осуществляется при согнутом положении ноги (в тазобедренном и коленном суставах), так как при этом снижается напряжение мышц в приводящих мышцах бедра, противодействие этих мышц уменьшается.

В эти же дни следует начать делать легкий массаж как здоровых, так и паретичных конечностей. Если при массаже здоровых конечностей можно использовать все многообразие массажных приемов, то при массаже паретичных конечностей нужно соблюдать большую осторожность. Дело в том, что чрезмерный массаж может привести к резкому повышению тонуса определенных мышечных групп, что нежелательно. Поэтому при массаже парализованных конечностей рекомендуется пользоваться следующими правилами.

Массаж на руке следует начинать с плеча, а на ноге — с ягодиц и бедра (положение больного — лежа на спине или на здоровом боку). Затем переходят к массажу других участков конечностей.

При массаже мышц, в которых тонус, как правило, повышен (большая грудная мышца, двуглавая мышца плеча, сгибатели кисти и пальцев, четырехглавая мышца бедра, трехглавая мышца голени), следует применять лишь легкое поглаживание. При этом темп массажных движений должен быть медленным. При массаже их антагонистов, в которых тонус обычно также повышен (разгибатели предплечья, кисти и пальцев, задняя бедренная группа, передняя большеберцовая и длинная малоберцовая мышцы), все же можно использовать и другие массажные приемы: растирание и неглубокое разминание. Мышцы эти можно массировать сравнительно более энергично и в более быстром темпе.

Активная гимнастика

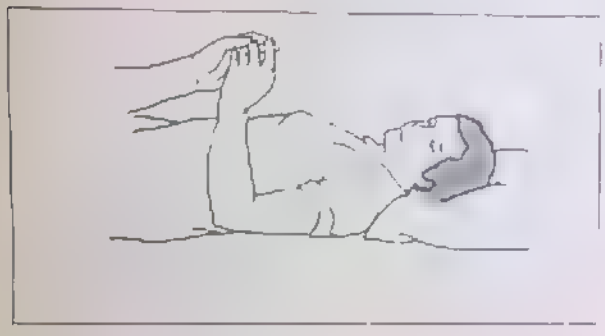
Пассивные движения и массаж являются подготовительными мероприятиями перед проведением активной гимнастики, которая играет важную роль для выработки изолированных движений в паретичных конечностях.

Активную гимнастику начинают с упражнений для здоровых конечностей, чередуя их с гимнастикой для паретичных, а также с дыхательными упражнениями. Нагрузка на сердечно-сосудистую и дыхательную системы должна возрастать постепенно, так как иначе можно вызвать переутомление больного. Пульс рекомендуется контролировать после каждого упражнения, выполненного 1—5 раз. Упражнения следует разделять паузами для отдыха продолжительностью 1—2 минуты.

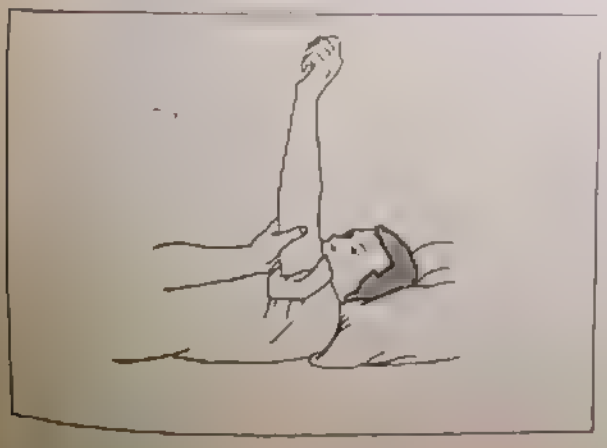
Начинают активную гимнастику с **упражнений в изометрическом режиме.** Изометрическое сокращение мышцы — это сокращение без укорочений, то есть без движения в суставах. При выполнении упражнений в этом режиме часто требуется оказывать помощь больному.

Чтобы добиться изометрического сокращения разгибателей кисти и пальцев,

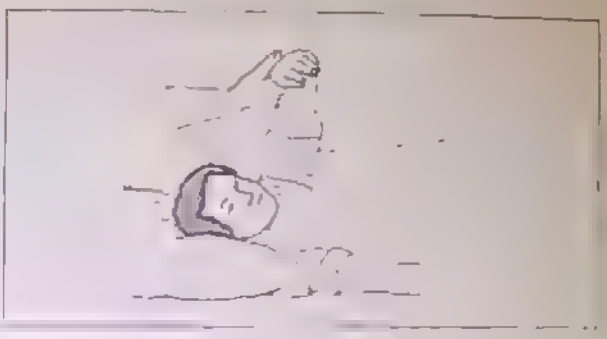
больного укладывают на спину, руку сгибают в локте и придают предплечью вертикальное положение. Затем следует разогнуть (выпрямить) кисть и пальцы (чтобы они с предплечьем составляли 180 градусов). Придерживая паретичную руку за предплечье, больного просят удержать кисть и пальцы в этом разогнутом положении. В том же исходном положении, но придерживая паретичную руку за кисть, больного просят удержать предплечье в заданном вертикальном положении.



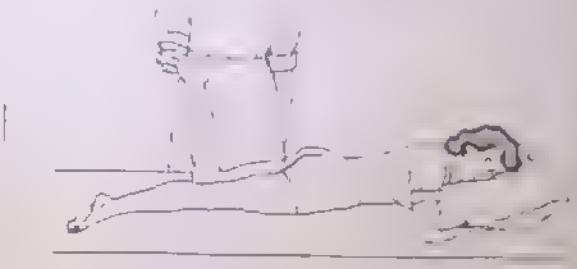
Это упражнение направлено на тренировку сгибателей предплечья в изометрическом режиме. Для тренировки разгибателей предплечья паретичную руку больного разгибают в локте и поднимают вертикально вверх. Фиксируя плечо больного, просят удержать руку в поднятом положении. Для этого он должен напрячь разгибатели предплечья.



Изометрическое сокращение отводящих мышц плеча осуществляют в положении больного на здоровом боку. Паретичную руку поднимают вверх и сгибают в локте под углом 90 градусов. Поддерживая предплечье, просят больного удержать руку в таком положении.



Сгибатели бедра тренируют в изометрическом режиме в положении больного на спине. Паретичную ногу сгибают в колене, слегка придерживая ее за голень. И больного просят удержать ногу в таком положении, не давая ей разогнуться в колене. В том же исходном положении можно тренировать отводящие мышцы бедра. Слегка отведя согнутую в колене ногу в сторону, просят больного удержать ее в зафиксированном положении.

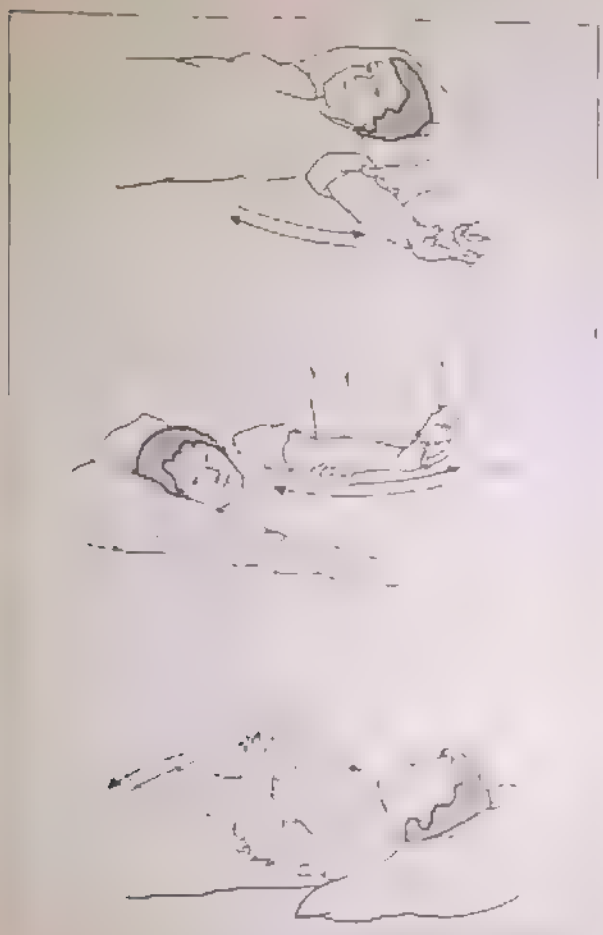


Упражнения эти составляют начальный комплекс активной гимнастики. В первые дни занятий их следует выполнять по 2—3 раза, постепенно доводя число упражнений до 5—10 раз.

При появлении у больных самостоятельных изолированных движений приступают к их тренировке. С этой целью применяют облегченные упражнения, цель которых устранить нежелательное влияние силы тяжести. Лучше всего их проводить с помощью различных подвесов, гамачков и блоков

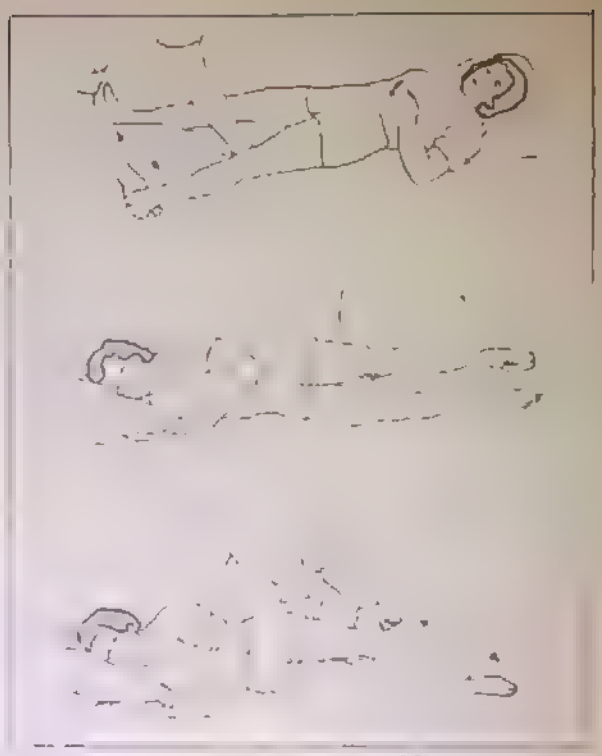
Облегченные упражнения не должны вызывать болевых ощущений. Выполня-

ют их в медленном темпе, в доступном для больного объеме. В первую очередь проводят упражнения для мышц, тонус которых обычно не повышается. Так, например, поддерживая паретичную руку гамачком, предлагают больному совершать те активные движения, которые у него уже появились.



Это и отведение, и приведение плеча, сгибание и разгибание предплечья, разгибание кисти. Облегченное отведение и приведение бедра тренируют в положении больного на спине. А повернув больного на здоровый бок и поддерживая пораженную ногу, тренируют разгибание и сгибание голени.

Когда со временем объем активных движений возрастет, следует добавить **упражнения с легким дозированным сопротивлением.** Осуществляется это так: например, при активном разгибании голени надо попытаться слегка препятствовать этому движению, нажимая сверху на голень и не давая ноге разгибаться в колене. Аналогично проводят упражнения с легким сопротивлением для основных мышечных групп. Нужно помнить, что упражнения с сопротивлением включаются в комплекс активной гимнастики только при появлении активных изолированных движений в достаточно большом объеме



Упражнения эти рекомендуются в основном для мышц, в которых тонус не повышается. Выполняющему их нужно особенно внимательно следить за дыханием. Больной не должен задерживать его. Упражнения с сопротивлением необходимо сочетать с пассивными упражнениями на расслабление.

КАК ОБУЧИТЬ СИДЕТЬ, СТОЯТЬ, ХОДИТЬ

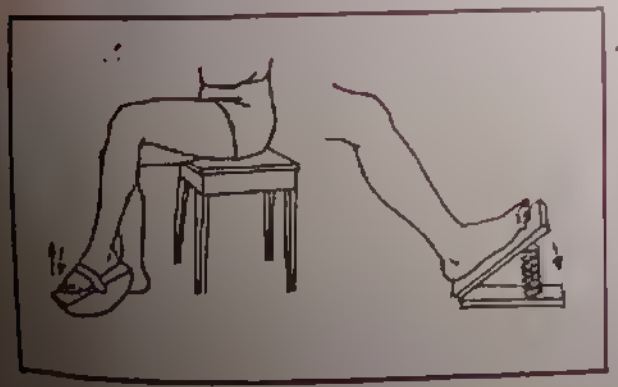
Уже в первые дни после инсульта, при удовлетворительном общем состоянии, рекомендуется учить больного сидеть и стоять. Заранее необходимо подготовить косынку для фиксации руки, резиновую тягу для ноги, а также подобрать удобную обувь на низком широком каблуке, фиксирующую голеностопный сустав (например, штангетки, легкие мужские ботинки).

Сажать больного в постели начинают, как только позволит его самочувствие и состояние сердечно-сосудистой системы. Сроки эти могут колебаться от 3 5

дней до 2—3 недель от начала заболевания и определяются лечащим врачом.

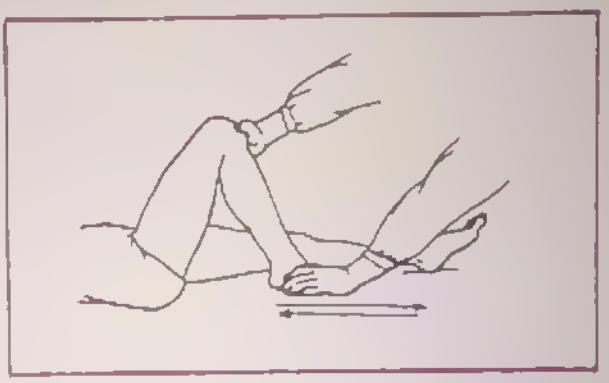
Вначале больной находится в положении полулежа в течение 3—5 минут. С этой целью под голову и спину ему подкладывают подушку. Постепенно таким путем в течение 2—3 дней больного переводят в полувертикальное положение, но сидеть с опущенными ногами разрешают примерно только на 4—5-й день занятий. При этом под спину больного подкладывают подушку, паретичную руку фиксируют косынкой, под ноги подставляют скамейку. Время сидения в постели с опущенными ногами следует постепенно увеличивать с 10—15 минут до 1—2 часов и больше в зависимости от самочувствия больного.

Как только больной начинает сидеть в постели с опущенными ногами, в комплекс лечебной гимнастики включаются упражнения для укрепления мышц ног: с помощью качающегося валика, локтевого эспандера или резиновой «лягушки» для наполнения воздухом надувных матрацев, приспособленных для тренировки мышц голени и разработки движений в голеностопном суставе.



В это же время начинают применять упражнения для больной руки с различными предметами (в качестве которых можно использовать некоторые детские игрушки). Рекомендуется собирать и разбирать пирамиды, детские конструкторы, различные фигуры из кубиков.

Важный этап — обучение стоянию и ходьбе. К нему подводят больного постепенно. Вначале выполняют подготовительные упражнения — пассивную и активную имитацию ходьбы в положении лежа.



Пассивная имитация ходьбы заключается в том, что занимающийся, обхватив руками лодыжки обеих ног больного, совершает попеременно их сгибание и разгибание в коленях, не отрывая стоп от простыни. Активная же имитация ходьбы выполняется самим больным, если у него сохранена подвижность паретичной ноги. Если ее нет, то занимающийся помогает «шагать» больному. Здоровую ногу последний разгибает и сгибает самостоятельно

По согласованию с лечащим врачом больного затем начинают учить стоять. Первый раз ему предлагают, держась здоровой рукой за прикроватную раму или спинку кровати, привстать. Занимающийся должен помогать больному, находясь со стороны паретичных конечностей. Больного следует поддерживать за талию, одновременно зафиксировав коленный сустав паретичной ноги в разогнутом состоянии.

Стоять больной должен прямо, равномерно распределяя вес тела на больную и здоровую стороны. В самом начале обучения в положении стоя больной может находиться не более минуты. Постепенно время стояния на ногах увеличи-

вают до 5—7 минут. После того как больной сможет уверенно, держась за спинку кровати, самостоятельно стоять на обеих ногах, переходят к обучению его попеременному переносу тяжести тела на здоровую и больную ногу.

Для этого больному предлагают расставить ноги на ширине плеч и совершать легкое покачивание из стороны в сторону. При этом можно использовать резиновую «лягушку», на которую больной давит паретичной ногой: если нагрузка на больную ногу достаточно велика, то появится характерный звук выходящего воздуха. При выполнении этого упражнения больного необходимо поддерживать.

Когда больной усвоит это упражнение, необходимо учить стоять его на одной ноге, вначале на здоровой. В этом случае паретичная нога находится в согнутом положении (с помощью занимающегося). Когда учат стоять на больной ноге, то вначале занимающийся должен фиксировать коленный сустав паретичной ноги в разогнутом состоянии под прямым углом. Лучше, если при этом будет присутствовать еще один человек, поддерживающий больного.

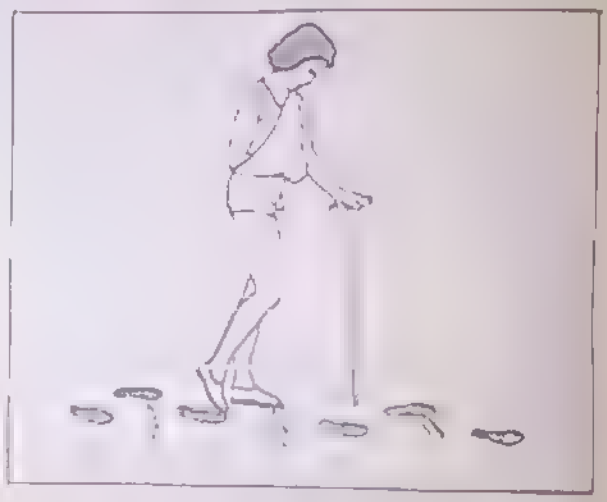
При проведении данного упражнения необходимо, чтобы больной имел надежную опору: высокую спинку кровати, прикроватную раму, скобу, вбитую в стену. Для страховки или отдыха позади него должен находиться стул.

Научить больного стоять — важный и ответственный этап в лечении. Не торопитесь переходить к следующим упражнениям, пока больной не научится самостоятельно, без вашей помощи, уверенно чувствовать себя на ногах. Если вы поспешите, то следующий этап может неоправданно затянуться.

Обучение передвижению следует начинать с упражнения «ходьба на месте». Затем больной должен учиться ходить вперед, назад, боком вдоль кровати или стола. Все это он должен делать, держась за прикроватную раму или за стол. В дальнейшем начинают обучать больного передвигаться и без помощи этих опор, но с поддержкой.

В ходе восстановления в первое время больной при передвижении пользуется трех- или четырехопорным костылем, затем палкой. При обучении ходьбе следует обращать внимание на положение стопы, проверять устойчивость больного, следить, чтобы он достаточно сильно сгибал ногу в тазобедренном и коленном суставе, не заносил ее в сторону, не задевал носком пол и правильно ставил стопу.

Во время тренировки больную руку лучше фиксировать косынкой для предупреждения растяжения сумки плечевого сустава, а для устранения отвисания стопы используют приспособления, фиксирующие ее: резиновую тягу (соединяющую носок или ботинок с подвязкой, расположенной над коленкой) или ботинки с высоким жестким креплением.



Для закрепления навыка правильной постановки ноги желательно ходить по дорожке, на которую нанесены следы обучающих шагов. С той же целью используется и другой метод — преодоление препятствий высотой 5—15 см (например, дощечек, которые расставлены перед следами ног на той же дорожке). Следует постоянно корректировать положение стопы при упоре на пол всей подошвой, а также при переносе ноги.

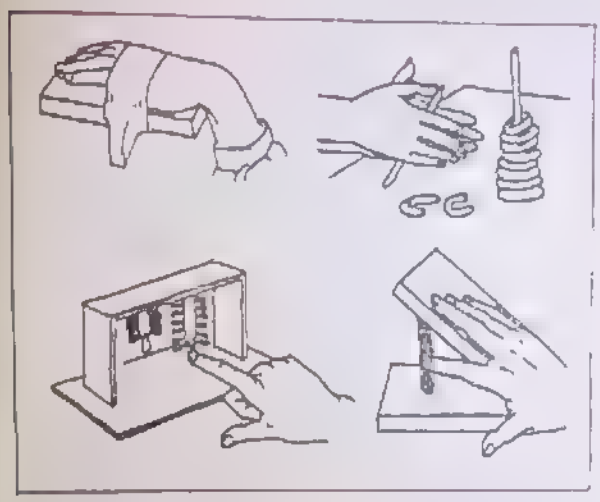
Когда больной начнет самостоятельно передвигаться по комнате, целью лечебной физкультуры будет укрепление мышц ног, необходимое для восстановления правильной походки.

На следующем этапе больного учат ходить по лестнице, при этом надо быть особенно внимательным, страховать больного от падения. Так как при этих упражнениях больной затрачивает значительные усилия, необходимо время от времени делать паузы для отдыха в по-

ложении сидя и для выполнения дыхательных упражнений.

Одновременно с упражнениями по восстановлению функций ноги проводятся упражнения для руки. Это уже упоминавшиеся упражнения с мелкими предметами — кубиками, пирамидами, пластилином, использование качающегося столика, пружинного микроэспандера в положении больного сидя за столом.

И без предметов. Вот одно из них: больного сажают пораженной стороной тела к столу, на стол кладут его вытянутую паретичную руку. Занимающийся берет кисть больного, фиксируя его плечо около локтевого сгиба. Затем, легко



потряхивая, медленно сгибает руку в локте и разгибает.

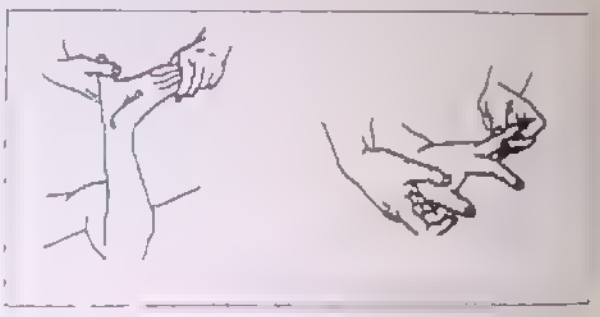
Рекомендуется и другое упражнение. Исходное положение: сесть лицом к столу, поставить ноги на ширину плеч, положить на стол согнутую в локте под прямым углом больную руку ладонью вниз (предплечье вдоль стола) с выпрямленными и разведенными пальцами. Занимающийся одной рукой прижимает кисть больного к столу, а другой поднимает локоть его руки вверх, легко потряхивая.

Следующее упражнение способствует снижению тонуса в сгибателях предплечья, кисти и пальцев. Больного усаживают на стул так, чтобы кисть пораженной руки была подложена под больное бедро. Занимающийся, придерживая одной рукой плечо, другой обхватывает локоть больного и выпрямляет руку в локте, легко ее потряхивая.

Для расслабления мышц применяют также различные висы и покачивания конечностей. Например, больного сажают пораженной стороной тела к спинке стула и подкладывают в подмышечную область кисть здоровой руки. В итоге больная рука оказывается на весу и ее медленно раскачивают, постепенно увеличивая амплитуду. Такое же упражнение можно выполнять на кушетке: больной при этом лежит на спине, свесив вниз больную руку.

Для снижения мышечного тонуса в мышцах кисти рекомендуется растирать ее тыльную поверхность по направлению от кончиков пальцев к запястью.

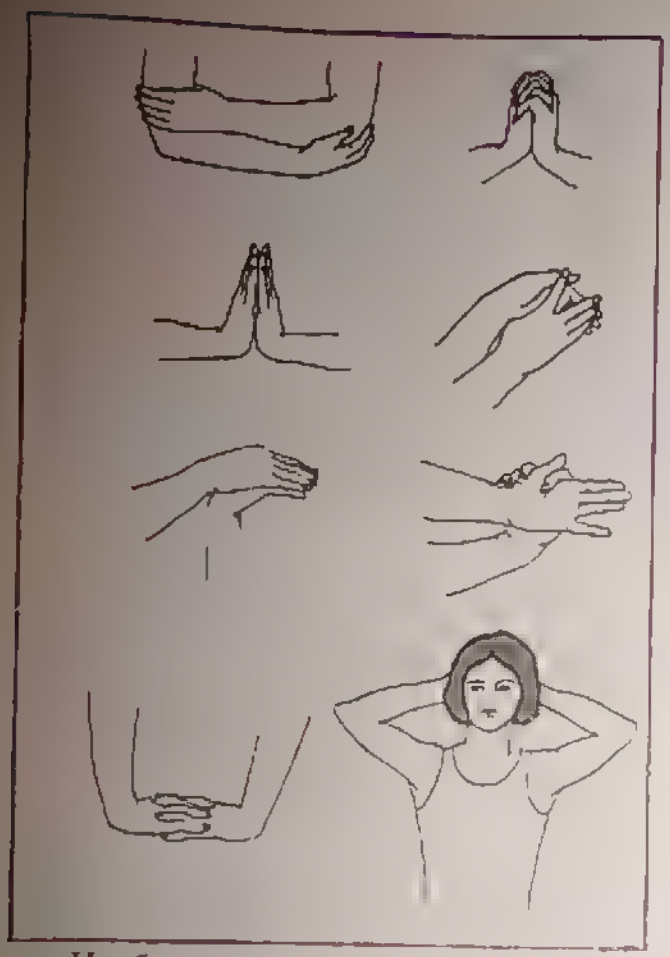
Полезно также следующее упражнение. Занимающийся одной рукой



обхватывает большой палец больного, а другой все остальные (сложенные вместе четыре пальца) и производит их максимальное разгибание, одновременно отводя и разгибая большой палец больного. В таком положении кисть следует удерживать в течение 1—3 минут, пока не обозначится расслабление мышц.

Иногда у больного наблюдаются непроизвольные содружественные движения, то есть при сгибании ноги в колене одновременно сгибается рука в кисти и локте. Это же может наблюдаться при кашле, чихании. Устранению содружественных движений способствует ряд упражнений (см. на обороте).

Можно рекомендовать и следующие. Сесть лицом к столу, поставив ноги на ширину плеч. Положить на стол руки и прижать здоровой больную кисть. Медленно сгибать и разгибать ногу в колене (если это трудно делать, то следует помогать больной ноге при помощи здоровой), одновременно удерживая руку в разогнутом положении. Можно также сидя на стуле и вытянув вперед руки (паретичная снизу, здоровая сверху), положить их на трость, которая находится сбоку от больной ноги.



Необходимо удерживать руки разогнутыми при следующем движении ногами. Положить больную ногу на колено здоровой, вернуться в исходное положение, положить здоровую ногу на колено больной, вернуться в исходное положение.

Помимо упражнений для паретичных конечностей, в комплекс лечебной гимнастики обязательно нужно включать упражнения для здоровых конечностей. Собственно, каждая процедура лечебной гимнастики с первых дней занятий должна начинаться с упражнений для здоровых конечностей.

Следует также иметь в виду, что во всем восстановительном периоде, помимо активной гимнастики (облегченных тренировок с сопротивлением, упражнений на расслабление, на разрыв содружественных движений), продолжают применять и пассивные движения для суставов паретичных конечностей.

Некоторые из них больные смогут выполнять самостоятельно. Например, для плечевого сустава — руки в замок, поднять их вверх (работает здоровая рука, больная пассивна), наклонить затем их влево, вправо. Взять гимнастическую палку двумя руками, поднять вверх (работает здоровая рука, больная пассивна), опустить палку за голову. Пассивные движения для лучезапястного сустава также может проводить сам больной, помогая себе здоровой рукой — делая разгибание, сгибание, круговые вращения в одну и другую сторону. Пассивные движения для паретичной стопы можно совершать здоровой рукой, положив согнутую больную ногу на колено здоровой.

При выполнении как активных, так и пассивных движений необходимо добиваться возможно большего объема движений. Упражнения эти следует выполнять ритмично, в спокойном темпе. Как уже отмечалось выше, все активные движения следует чередовать с упражнениями на расслабление.

О ВОССТАНОВЛЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ

Больному необходимо постепенно напоминать, что он должен стремиться работать паретичной рукой, брать в руки предметы домашнего обихода, перекладывать их, пытаться листать книгу, закручивать и раскручивать винты с гайками (лучше пластмассовые из детских конструкторов, так как они крупнее и легче). В дальнейшем больного следует учить застегивать и расстегивать паретичной рукой пуговицы, развязывать ленты, пользоваться застежкой «молния», одевать рубашку, мешать ложкой чай, брать хлеб. При хорошем восстановлении движений руки переходят к обучению более сложным действиям: письму, печатанию на машинке, вышиванию, вязанию.

Каждого больного, даже при медленном и недостаточном восстановлении движений паретичной руки, можно обучить выполнению самых необходимых бытовых навыков: открывать и закрывать ключом дверь, пользоваться водопроводным краном и туалетом, чистить зубы, бриться, зажигать свет и газ.

На первых порах рекомендуется облегчить выполнение больному таких манипуляций. Так, двери в ванную комнату и туалет не должны иметь сложных

запоров, на водопроводный кран следует установить рычаг, при зажигании газа пользоваться специальной электрозажигалкой. Хорошо бы ванную комнату и туалет оборудовать скобами на стенах, за которую больной мог бы при необходимости придерживаться.

Не возбраняется и помогать домашним по хозяйству, например, гладить белье, сидя за столом. Это очень хорошее упражнение для локтевого и плечевого суставов.

Важной составной частью лечебно-гимнастического комплекса является ходьба. Обучив больного ходить в пределах помещения, приступают к следующему этапу — ходьбе вне помещения: во дворе, по улице, сначала с сопровождающим, затем самостоятельно. Вначале надо выбирать ровные дорожки (лучше асфальтированные), без подъемов, со скамейками для отдыха. Постепенно продолжительность прогулок следует увеличить, а на маршруте могут быть небольшие подъемы и спуски.

Регулярность тренировок и постепенное наращивание нагрузок, как показывает практика, являются одним из решающих условий для восстановления у больных двигательных навыков

КАК ВОССТАНОВИТЬ РЕЧЬ. ЧТЕНИЕ И ПИСЬМО

Нарушения речи нередко возникают при инсульте в левом полушарии головного мозга. Чтобы понять, в чем заключаются эти нарушения и с помощью каких приемов реабилитации их можно преодолеть, необходимо познакомиться с основными психофизиологическими механизмами, осуществляющими речевую функцию.

Основные понятия

Речь и ее понимание обеспечиваются совместной работой речедвигательного центра (Брока) и слухоречевого центра (Вернике) коры левого полушария головного мозга.

Височные отделы коры левого полушария головного мозга принимают особое участие как в восприятии на слух звуков речи (фонем), так и в осуществлении слухоречевой памяти. Здесь происходит дифференциация (различение) на слух акустически похожих звуков (например, звонких и глухих: б—п, д—т, з—с), что позволяет человеку не смешивать близкие по звучанию слова, такие, как «дом», «том», «класс», «глаз». Различение обеспечивает способность точно воспринимать в любом слове все звуки, и не только услышать слово, но и сохранить на несколько секунд в памяти, чтобы связать его смысл со следующими, воспринятыми на слух словами. Поэтому при поражении височных отделов мозга могут нарушаться и фонематический слух, и слухоречевая память, а в результате страдает понимание речи окружающих. Эти формы речевого расстройства называются сенсорной афазией.

В осуществлении речевой функции задние нижнетеменные отделы левого полушария мозга принимают участие в расшифровке смысла слов, сложных словосочетаний, сравнительных оборотов, значения предлогов, метафор, пословиц, поговорок. Больные с поражением этих отделов мозга часто испытывают трудности в назывании предметов, заменяя слово описанием функции предмета или его назначения. Например, вместо слова «нож» они говорят «то, чем режут», вместо «хлеб» — «то, что едят с супом» и т. п.

Осуществление сложных артикуляторных движений обеспечивают передние нижнетеменные отделы левого полушария. Здоровый человек, как правило, их не осознает, так как они автоматизированы. А при поражении передних нижнетеменных отделов мозга человек как бы забывает артикуляционные позиции губ и языка, не может повторить звуки, легко произносимые даже самыми маленькими детьми. Более того, такие больные нередко не могут выполнить целый ряд движений — высунуть язык, надуть щеки, поцокать языком. Они утрачивают опыт звукоподражания, которым человек овладевает еще в раннем детстве. Эти больные могут произносить в процессе общения лишь оставшиеся речевые «осколки» (речевые эмболы) — слоги «на-на-на», «то-то-то», «ма-ма-ма».

В более легких случаях больные спо-

собны произносить (хотя и не всегда четко) отдельные слова и фразы, заменяя в них близкие по артикуляции звуки (м-б-п, н-д-т-л), произнося вместо слова «папа» — «мама», вместо «дом» — «ном» или «лом», а вместо «Нина» — «мина» или «тина». Такая форма речевых нарушений относится к моторной афазии.

Очень важную роль в речи играют заднелобные отделы левого полушария. Они регулируют не только выбор звуков, слогов и слов в процессе высказывания, но и выбор предлогов, окончаний существительных и глаголов, то есть как бы организуют синтаксическое оформление предложения. При поражении этих отделов больной застревает на каком-либо слове или слоге и несколько раз его либо повторяет, либо с трудом переходит к следующему слову, в результате чего в его речи возникают длительные паузы. В наиболее тяжелых случаях больной способен лишь повторять отдельные слова, договаривать слова и предложения, начатые другими людьми. Он может четко повторять слова, входящие в порядковый счет, перечислять дни недели, но активно ничего сказать не в состоянии.

При этой форме афазии иногда проявляется в более легких случаях активное словоупотребление, ограниченное произнесением вслух существительных лишь в именительном падеже. Речь больных выглядит примерно так: «Кухня... кран... вода... раковина... лужа... пол» (что означает: «На кухне испортился кран, вода переполнила раковину и на полу образовалась лужа»). Как видно из этого примера, у больного нарушен поиск глаголов, предлогов, окончаний существительных и других элементов речи, а в произнесении слов возникают длительные паузы. В письме больных, если оно возможно, много пропусков и замен букв. Эта форма нарушений речи также относится к моторной афазии.

И наконец, существует еще одна форма моторной афазии, также возникающая при поражении заднелобных отделов левого полушария. Это так называемая динамическая моторная афазия. В чем ее суть? Для того чтобы произнести какое-либо высказывание, необходимо быть активным в речевом отношении и иметь намерение высказать свою мысль в процессе общения. Важно отдавать себе отчет, что в ней главное и что второстепенное, то есть иметь не только замысел, но и план высказывания. Больные с динамической моторной афазией не способны на это. Они не активны, очень редко самостоятельно о чем-либо просят, кратко отвечают на вопросы, при этом повторяют часть слов из вопроса собеседника. В то же время они могут писать под диктовку отдельные слова и читать несложные тексты, однако пересказать их самостоятельно не в состоянии.

Кроме устной речи, практически при всех формах афазии возникает нарушение письма и письменной речи. При всех формах афазии в той или иной степени нарушается и понимание читаемого текста. Нередко такие больные затрудняются при выполнении арифметических действий, иногда даже самых простых.

Больные с афазией нуждаются в помощи по восстановлению всех звеньев речевой деятельности: устной речи, понимания речи окружающих, письма, чтения и счета. При проведении занятий с больными требуется большая тактичность, так как они чрезвычайно ранимы психологически и тяжело переживают свои ошибки.

Восстановление речевых функций при афазии

Логопеды-афазиологи, которые занимаются лечением этого заболевания, в настоящее время имеются почти во всех областных и республиканских больницах, во многих неврологических отделениях городских больниц и в ряде районных поликлиник.

Рекомендуется начинать логопедические занятия уже в первые 1—2 недели после инсульта. Именно в это время наблюдается наибольшая эффективность восстановительного обучения. Занятия с больными длятся достаточно долго — от нескольких месяцев до двух-трех лет, и поэтому желательно, чтобы родственники больного периодически получали у логопеда консультации по использованию тех или иных приемов восстановления речи.

Прежде чем начать занятия с больным, надо его успокоить и ободрить.

Рекомендуется проводить в его присутствии обсуждение таких домашних забот и небольших событий, которые косвенно касаются больного, но не травмируют его. Это могут быть разговоры о здоровье детей или внуков, об их проказах, о покупке новых вещей и т. д.

Привлечение внимания больного к событиям дня, когда он прислушивается к негромкой и спокойной речи близких ему людей, полезно. С одной стороны, больной чувствует, что окружен вниманием, что для него делается все необходимое, а с другой, такие беседы стимулируют восстановление его речи. В то же время в присутствии больного нельзя обсуждать его речевые затруднения. Напротив, необходимо фиксировать все его успехи, малейшие улучшения состояния: от такта и чуткости родственников нередко зависит то, как больной будет преодолевать свои речевые дефекты.

Нередко с больным, тяжело переживающим свое заболевание, даже близким людям не сразу удается установить контакт. Особенно сложно установить его при сенсорной афазии, так как первое время больной часто не осознает самого факта своего заболевания, не «слышит» себя.

Чтобы больной с сенсорной афазией осознал свой речевой дефект, ему предлагают списать несколько простых слов или решить простые арифметические примеры. При этом больной делает ряд ошибок, например, списывая слово «дом», он пишет «дтцкри», то есть набор букв. Больному надо деликатно показать его ошибки. Так как у него нарушено понимание речи, объясняться с ним приходится с помощью мимики и жестов. Если больной игнорирует жесты и мимику собеседника, можно подчеркнуть его ошибки красным карандашом.

После осознания своего дефекта (нарушения понимания речи, письма, чтения, счета) больной с сенсорной афазией обычно пытается прилагать все усилия для его преодоления, но сам без посторонней помощи этого сделать не может.

Для восстановления понимания речи используют картинки с изображениями различных предметов, животных, частей тела, с подписями к ним. Удобно использовать картинки из детских лото.

Первоначально это должны быть слова, состоящие из разного числа звуков, например: сыр — рубашка, мяч — виноград, дом — чашка. Больного просят разложить подписи к предметным картинкам, обозначающие их слова, написанные на отдельных маленьких полосках бумаги. Когда больной научится справляться с этим заданием, предлагают списывать эти подписи и читать их вслух. В речи и письме больного длительное время будут наблюдаться звуковые и буквенные ошибки. Обычно больные очень болезненно реагируют на свои ошибки, поэтому исправлять их надо очень деликатно: не более 2—3 из 10 сделанных ошибок. При этом следует обязательно похвалить за каждое правильно выполненное задание.

Постепенно количество картинок, к которым больной правильно подбирает слова-подписи, расширяется. Следующая задача — нахождение заданных окружающих предметов. Больному называют вслух предмет (например, «стол», «окно», «шкаф», «ложка»), чтобы он показал их. Первое время это ему удается с трудом. Когда же больной научился достаточно хорошо воспринимать на слух название отдельных предметов, приступают к обучению дифференцированного восприятия слов, близких по звучанию: «стол—стул», «шкаф—шарф», «рак—лак», «дом—том» и т. д.

Работа с предметными картинками восстанавливает фонематический слух, а постепенно и чтение отдельных слов, письмо. Больной начинает контролировать свою речь, слышать ее, появляются попытки к исправлению ошибок, хотя речь его все же остается неполной, аграмматичной, со своеобразной заменой одного слова другим, в частности, употреблением местоимений вместо существительных. Все это продолжает затруднять понимание его речи окружающими.

У больных с моторной афазией при грубом нарушении устной речи также может быть несколько нарушено понимание речи окружающих в первое время, но не столь глубокое, как при сенсорной афазии. Кроме дефектов устной речи, при моторной афазии расстраиваются письмо и чтение.

Для тех больных с моторной афазией,

у которых наблюдаются лишь небольшие нарушения понимания речи, в течение одной-двух недель после инсульта проводятся занятия по восстановлению, о которых говорилось выше. Обычно у больных с моторной афазией понимание речи восстанавливается быстро. В связи с тем, что на этом этапе, вслушиваясь и прислушиваясь к речи, они начинают понимать ее, надо быть максимально осторожным в обсуждении состояния больного в его присутствии. Слова, которые он слышит в это время, должны ободрять его, вселять уверенность, что скоро начнется восстановление речевых и двигательных функций.

Стимулирование понимания речи на слух осуществляется в процессе бесед на темы дня. Для этого используется побудительная и вопросительная речь. Больного спрашивают, не хочет ли он пить, есть, спать, побриться. Просят его дать тот или иной предмет обихода (например, носовой платок или салфетку, которой больной пользуется, положить или взять ложку, выпить лекарство, поправить одеяло, причесаться, пригладить волосы, повернуться на другой бок).

Выполнение этих заданий не только позволяет убедиться, насколько верно больной понял вас, но и закладывает фундамент для восстановления его активной речи в будущем. Уже через 2—4 недели после инсульта можно разрешить больному (если позволяет его общее состояние) слушать радио и смотреть короткие передачи по телевидению. Так же, как и беседа, это стимулирует восстановление у него понимания речи.

В тех случаях, когда больной затрудняется выполнить то или иное задание, ему показывают действие, которое он должен выполнить (по повторной просьбе). Каждое правильно выполненное действие надо обязательно поощрять словами: «хорошо», «очень хорошо», «молодец». В тех случаях, когда больной не понимает значения предлогов или местоимений, следует показать, куда надо положить ложку или платок (на тумбочку, в стакан или около него), а вместо местоимения назвать нужный предмет или человека, о котором идет речь.

Нередки случаи, когда на раннем этапе заболевания по тем или иным причинам с больным занимаются не опытные логопеды, а родственники. Занятия эти часто состоят лишь из повторения отдельных слов или называния предметов по картинкам. Такие занятия, ограничивающиеся лишь упражнениями в повторении и назывании, могут привести к формированию так называемого телеграфного стиля, когда речь больного состоит из одних существительных в именительном падеже. Например: «ботинки... пальто... улица», что означает «Помогите мне одеть ботинки и пальто, хочу пойти гулять на улицу».

Во избежание этого надо сразу же стремиться к формированию речи, состоящей хотя бы на первых порах из коротких фраз типа «здравствуйте», «хочу пить», «дайте хлеб», «идем гулять».

Следует помнить, что после инсульта в первое время многие стороны речевой деятельности находятся в стадии торможения. Растормаживание речевой функции возможно за счет вовлечения сохранных речевых автоматизмов. К их ряду относятся: упроченные в памяти — порядковый счет до десяти, название дней недели и месяцев года, а также куплеты [illegible] песен и строфы стихотворений. Лучше всего начинать речевые занятия с попыток произнесения порядкового счета в пределах первого десятка.

В дальнейших занятиях переходят к пению песен, хорошо известных больному, например, первых куплетов песен «Вечерний звон», «Катюша», «Подмосковные вечера». Важно, чтобы сначала больной услышал пение первого куплета песни. Занимающийся с больным должен петь негромко, четко артикулируя каждое слово. Больной же, вслушиваясь в слова песни, уже со второго прослушивания может начать подпевать. Конечно, поначалу он может исполнять лишь окончания слов, а сами слова произносить нечетко, но с каждым новым пропеванием песни слова все больше наполняются звуками.

По мере восстановления речи в занятиях с больным переходят к повторению относительно простых фраз, тема которых подсказана событиями дня: «Сегодня был врач. Я чувствую себя лучше. Сейчас я буду обедать. Дайте мне лекар-

ство». Желательно, чтобы эти фразы от занятия к занятию менялись.

Одновременно с этим ведутся занятия по восстановлению чтения и письма. Автоматизированные речевые ряды, названия предметов и действий, фразы, которыми овладел больной в устной речи, должны быть записаны в специальной общей тетради крупным, четким почерком, так, чтобы больной мог легко их читать (без очков).

Восстановление навыков письма при афазии

Одновременно с нарушением речи обычно развивается парез правой руки и ноги. Больного, страдающего афазией и парезом правой руки, следует убедить, что для восстановления функции письма нельзя ждать, пока восстановятся движения в правой руке, а надо учиться писать левой рукой. И чем раньше приступить к занятиям по восстановлению письма (а наиболее оптимальные сроки начала таких занятий наступают уже через 2—4 недели после инсульта), тем более эффективны они будут, так как процесс восстановления происходит наиболее интенсивно в первые 2—3 месяца.

Занятия по восстановлению письма проводятся в положении сидя за столом. Если больной еще не ходит из-за выраженного пареза ноги, стол следует пододвинуть к постели. При этом левая рука должна свободно лежать на столе, а локоть опираться на стол.

Овладение письмом проходит несколько стадий. Прежде всего больного обучают списывать отдельные прописные буквы (по целой строке на каждую букву). По мере улучшения списывания отдельных букв переходят к списыванию простых слов (из 3—4 букв), например, «дом», «вода», «суп», «каша».

Когда больной в достаточной мере овладел навыком письма левой рукой, ему предлагают уже не списывать слова, а писать их по памяти. Так, вначале он читает слово, написанное на карточке, затем перевертывает карточку и пишет несколько раз это слово в тетради. Начинают с самых простых слов (например, «дом», «кот», «лес»), затем предъявляют более сложные («виноград», «путешествие», «электричество»), а в дальнейшем целые фразы.

На следующем этапе восстановления функции письма — диктант. Здесь соблюдается та же методическая последовательность: вначале больной пишет под диктовку самые простые слова, затем более сложные, наконец целые фразы. Диктовать следует, четко произнося каждый звук, входящий в слово.

Спрашивается, как часто надо заниматься с больными и какова длительность каждого занятия? Это зависит от многих обстоятельств и прежде всего от того, как быстро утомляется больной. Лучше всего заниматься ежедневно, а длительность каждого занятия в течение первого месяца после инсульта 30—40 минут. В дальнейшем можно заниматься и по часу, да и не один, а два-три раза в день.

Для проведения занятий нужны общая тетрадь, мягкий карандаш или шариковая ручка, а также различные учебные пособия, которые подбираются в зависимости от тяжести речевого расстройства. Например, для занятий используют раз[illegible]ку, предметные и сюжетные картинки (человек пишет, сидит, купается, говорит по телефону), букварь, книги для чтения (для первого и второго класса), рассказы для детей Л. Н. Толстого, К. Д. Ушинского, пособия для изучающих русский язык иностранцев.

Для занятий с больными, у которых относительно легкие речевые расстройства, необходимо иметь набор рисунков, чтобы по ним писать сочинения. Например, это могут быть юмористические рисунки Х. Бидструпа, рисунки из журналов «Крокодил», «Огонек», «Веселые картинки», открытки-репродукции с картин русских и зарубежных художников. Для преодоления остаточных речевых дефектов при афазии больные могут читать и рассказывать тексты из своей профессиональной литературы.

Восстановление понимания речи

При всех формах афазии понимание речи в той или иной степени постепенно восстанавливается не только под влиянием логопедических занятий, но и в результате ежедневного общения больного

с окружающими, восприятия на слух радио- и телепередач. Однако не грубые, но досадные для больного нарушения понимания речи могут отмечаться еще длительное время. В этом случае что делать для улучшения понимания речи?

У неговорящих больных необходимо продолжать тренировать слуховое внимание как к отдельным словам, так и к различным звеньям предложений. В неторопливом темпе больного просят показать окружающие его предметы или картинки, изображающие их, сначала по одному предмету, затем по два сразу и по три. Например: «Покажи вилку, тарелку, хлеб», «чашку, сковородку и нож».

Задание можно усложнить: «Покажи то, чем режут, то, из чего пьют». Нередко больные лучше понимают название предметов и хуже понимают названия действий и предлогов. Поэтому им дают задания с выполнением действий: «Застегни... расстегни... положи на... положи перед стаканом, в стакан, за стакан, около стакана». Если больной выполнил задание неточно, ему показывают требуемое действие с предметом.

Больные с сенсорной афазией обычно долго не различают на слух близкие по звучанию слова. Поэтому для них схематично рисуют в тетради дом, том (книгу, на которой обозначано — т. I), бочку, почку, дочку, точку, дачку, тачку, траву, дрова и тому подобное, и к этим картинкам делают подписи. Больного просят показать тот или иной рисунок или подпись к нему, а для самостоятельной работы предлагают выписать в тетради из любого текста (например, из текста газетной статьи) слова, начинающиеся на б, п, д, т, с, з, г, к. В результате, как правило, представление больного о звуках речи постепенно улучшается.

Даже с относительно легкой степенью нарушения речи больные с сенсорной афазией также испытывают некоторые трудности в ее понимании, особенно если одновременно говорят с ними два-три человека. Родным и близким необходимо это учитывать при общении с больным.

При моторных формах афазии восстановлению понимания речи содействуют занятия устной речью: чем лучше больной произносит слова, чем легче строит предложение, тем лучше он и понимает.

У некоторых больных с моторной афазией грубо нарушено произношение даже самых простых звуков. Таким больным следует подсказывать артикуляцию отдельных звуков: «а», «о», «у», «м», «п». Прежде чем предложить больному повторять звуки за обучающим, надо в спокойной обстановке помочь ему научиться открывать и закрывать рот, оскаливать зубы, высовывать язык, надувать щеки, поднимать язык к верхним зубам.

Когда больной сможет выполнять эти действия, предлагают произнести звук «а», широко раскрыв рот, звук «у» — стянув губы в дудочку; сомкнув губы, произнести звук «м». По мере овладения произношением отдельных звуков приступают к разучиванию простых звукосочетаний и слов: ау, уа, мама, му, ум, ам. Очень важно научить больного следить за артикуляцией обучающего. Сначала больной с трудом будет находить характерные для каждого звука движения языка и губ. Для облегчения можно нарисовать ему внешнюю схему этих артикуляций: «а» — большой кружок, «у» — маленький кружок, «м» — сомкнутые губы.

Обычно, чтобы научить больного с нарушением артикуляции произносить простейшие звуки, приходится затрачивать много сил и терпения. Губы его не будут сразу подчиняться, находить нужную позицию. Освоив относительно простые звуки: «а», «у», «о», «м», приступают к упражнениям, необходимым для произнесения несколько более сложных в отношении артикуляции звуков: «в» (закусить слегка нижнюю губу), «г» (упираться языком в передние зубы так, чтобы был виден кончик языка). Из этих звуков и составляются первые простейшие слова: «тут», «там», «Тата», «Вова», «Тома», «вот». Все освоенные звуки записываются в тетрадь. Больного надо научить находить букву, соответствующую звуку, и уметь ее вслух прочесть.

Затем обучают произношению звуков «с», «п», «н», «к», «я» и других, из которых строятся несложные фразы: «я сам...», «я тут...», «я ем суп...», «я хочу пить» и т. д. Больные с нарушением артикуляции могут еще в течение долгого времени неправильно произносить некоторые звуки, а наиболее сложные из них (в артикуляционном отношении — «л», «р») опускать. Например, в слове «хорошо» (хорошо), «пивет» (привет). Ни

больного, ни занимающегося с ним это не должно смущать. Не рекомендуется задерживать освоение активного словаря из-за того, что некоторые звуки произносятся неверно. Важно, чтобы больной начал пользоваться словами еще до того, как его произношение станет полностью правильным и свободным.

По мере освоения произношения целых слов и коротких фраз больной учится их складывать из фишек разрезной азбуки, читать и писать под диктовку.

Складывание букв из фишек разрезной азбуки помогает восстановлению письменной речи. Вначале складывают короткие, часто употребляемые в речи слова, например: «дом», «суп», «чай», «каша», «рука», «очки», «часы», «окно», имена близких людей (Маша, Коля и т. д.). Больной должен видеть образец составленного из букв слова, затем складывать его по памяти. Постепенно у него появляется возможность составлять все более сложные слова.

Важным этапом в работе по восстановлению речи является совместный с больным анализ слов, отличающихся близким составом звуков. Например, дом—дым, бак—бок, бык—бук, пить—петь, мак—рак—бак—лак, дом—ком—том—сом, рот—кот—бот—пот, мука—рука, Даша—Маша—каша—Саша, нож—ночь—нос—ноль, ком—кот—кок—кон—кол—код, пишет—пашет—пышет, наша—Наташа, бук—буква—букварь, лак—кулак, сорт—торс—рост—трос, лист—лифт. Каждое из перечисленных слов произносится обучающим (в роли этой может выступать родственник или знакомый больного), а затем повторяется больным, который одновременно должен найти на картинках изображения того, что называет.

С целью восстановления представлений о звуковом составе слов рекомендуется давать задания на восстановление пропущенных букв: ян-арь, ср-да, пят-ица, в-скресенье, м-рт, Ки-в, Кр-м, Ку-ск, Таш-ент, Мурм-нск, Во-га, Ен-сей и т. д.

С теми больными, у которых произношение отдельных слов с называнием предметов и действий восстановилось (либо не было нарушено), проводится работа над составлением фраз. Для этого больному предлагают сюжетные картинки, иллюстрации к журналам, газетам для вольного пересказа.

При этом часто неверно употребляются окончания существительных и глаголов, пропускаются или заменяются предлоги. Помогают в этих случаях вопросы, которые следует задать больным, чтобы облегчить не только выбор нужных слов, но и нахождение правильных окончаний. Например: «Кто пишет письмо? — Сын. Что сын делает? — Сын пишет. Что сын пишет? — Письмо. Кому он пишет? — Отцу. О чем он пишет письмо? — О своих делах».

Кроме того, восстановлению помогает нарисованная в тетради схема предложения, хорошо известная со школьных лет: подлежащее + сказуемое + дополнение (с вопросами к каждому слову). Для самостоятельной работы больному можно задавать по 5—7 упражнений на заполнение в предложении пропущенных букв, слов (предлогов, глаголов, существительных), их окончаний. Например: «Дети идут... школу. Машина стоит около... Птица... из клетки. Дети возвращаются из лес...»

Вот несколько типовых упражнений для восстановления устной речи при моторной афазии, подобные которым можно составить по школьным учебникам.

1. Вставьте пропущенные глаголы:

Рассказ «Сын». Моему сыну 10 лет. Он... в четвертом классе. После работы я всегда... с сыном. Спрашиваю его, что он сегодня... в школе, какие отметки..., на каких уроках его... к доске».

«На прогулке». В субботу мы всей семьей... за город. Дочь... с собой фотоаппарат, сын ... удочки. Мы... небольшой костер, ...уху, ... песни, ... грибы».

В конце текста пропущенные слова приводятся для справок.

2. Вставьте пропущенные предлоги:

«Недалеко... деревни было большое, глубокое озеро. Один раз два мальчика, Коля и Юра, пошли... озеро, ... берега они увидели плот».

«У нас... даче всегда весело. Дети бегают... дорожкам сада, строят... песка крепости, носят... ведерках воду и поливают... лейки цветы».

3. Допишите предложения: «Мы рады, что... Я доволен, что... Я рад, что...»

4. Составьте предложения по опорным словам: молния — башня; пруд —

ласточка; дерево — клей; пароход — пристань; птица — небо.

5. Напишите предложения со словами: проснулся, поют, готовит, гуляем, собирает, шумит, светит.

6. Подберите глаголы к словам: «часы», «поезд», «птица», «собака», «лампа», «зубы», «чемодан», «машина».

7. Составьте предложения со словами: «можно...», «нельзя...», «хорошо...», «опасно...», «вчера...», «завтра...», «быстро...», «красиво...», «редко...», «весело...», «обидно...»

8. Объясните словосочетания: развесить белье, развесить уши; смотреть кино, смотреть сквозь пальцы; повесить пальто, повесить нос; расшатать гвоздь, расшатать здоровье; завоевать уважение, завоевать страну.

9. Допишите окончания существительных: «Мальчик ушел из школ... На дерев... сидит белка. Карандаш лежит на стол... Собака убежала из конур...»

10. Ответьте на вопросы: «Куда вы идете? С кем советуется больной человек? О ком заботится мать? Сколько у вас детей? Кто ваши друзья?» и т. п.

11. Употребите фразы: «Кто там?», «Кому ты звонил?», «От кого пришло письмо?», «Что ты купил?», «Что надо купить?», «Где лежит сахар?», «Посоли суп».

Для совершенствования устной речи больному дается задание прочитать вслух небольшой (6—12 строк) рассказ, затем пересказать его с помощью наводящих вопросов, а позже и самостоятельно. Для самостоятельной работы больному задаются упражнения по составлению предложений по нескольким словам. Например, даются два слова: «машина» и «улица», с которыми нужно составить фразу: «машины едут по улице» (или «по улице едут машины»).

Степень сложности задания должна соответствовать речевым возможностям больного. Чем лучше он говорит, тем более сложный текст предлагается ему для чтения и пересказа.

Относительно хорошо говорящим больным предлагается писать сочинения, например, по темам рисунков Х. Бидструпа, иллюстраций журналов «Огонек», «Крокодил», репродукций картин. Можно также предложить пересказать содержание телепередач, прочитанной статьи из журнала, газеты.

Следующим этапом по восстановлению устной речи является работа над составлением рассказов-импровизаций на заданную тему, проведение с больным бесед-диалогов. Сюжет таких бесед может быть разным: «В магазине», «В автобусе», «На почте», «В поликлинике». Содержание таких бесед (с учетом словарного запаса и речевых возможностей больного) следует продумать и записать до занятий, заранее.

Приведем примеры таких бесед-диалогов (вопросы, обращенные к больному).

— Расскажи о своем знакомом? Кто твой знакомый? Сколько ему (ей) лет? Где он (она) работает? Где он (она) живет? Как его (ее) зовут? Какая у него (нее) семья? Как часто вы встречаетесь? Куда вы вместе ходили? Помогаете ли вы друг другу? Что любит твой знакомый? Чем он интересуется?

— Как квасят капусту? Как ее режут, шинкуют; во что ее уложат? Что кладут [illegible] кадку? Зачем? Куда поставят кадку? Когда капуста будет готова?

Подобные вопросы могут предлагаться не только в устной беседе, но и для письменного ответа на них, а также в качестве плана к рассказу о том или ином человеке или событии.

В следующем типе упражнений больному дается текст, содержание которого он должен развить.

— Ты пошел в магазин, увидел нужную вещь (например, пальто), а у тебя не хватает денег. Что ты сделаешь?

— Пошел сильный дождь, а тебе надо обязательно идти к врачу. Что ты сделаешь?

— К нам сегодня придут гости. Как ты их примешь, чем займешь, как накроешь на стол?

— Представь себе, что мы пришли в театр, а на нашем месте уже кто-то сидит. Как ты будешь себя вести? Что сделаешь?

У тебя кончилось лекарство, а оно тебе очень нужно. Что ты сделаешь?

При некоторых формах сенсорной афазии проявляется своеобразный разрыв между словами и понятиями, отражающими смысл этих слов. Такой больной может, например, правильно повто-

рить слово «стол» и в то же время на просьбу показать, где он стоит, указать на стул или шкаф. У таких больных наблюдается и снижение так называемой слухоречевой памяти. В ответ на просьбу повторить 3—4 слова подряд, они обычно воспроизводят лишь одно-два.

Для коррекции зрительных представлений и восстановления функции называния предметов больным с такого рода нарушениями рекомендуются упражнения по срисовыванию отдельных предметов с картинок. Затем срисованные предметы просят нарисовать по памяти, обязательно со всеми их существенными отличительными признаками. Далее больному предъявляется та же картинка или сам предмет, чтобы зафиксировать его внимание на допущенных ошибках.

Для восстановления слухоречевой памяти предлагаются следующие упражнения.

Перед больным выкладывается серия предметных картинок, ему дается задание выбрать 2—3—4 предмета. Затем он прослушивает их названия — серию (2—3—4) слов — и ищет данные изображения предметов в стопке картинок. Когда же больной начинает уже неплохо выполнять эти задания, приступают к следующему этапу восстановления. Его просят сначала повторить серию (2—3—4 и более) слов по памяти, а затем написать их или зарисовать названные предметы (например: чайник, чашка, стол, ложка).

В дальнейшем по мере восстановления речи с больным проводится работа по освоению многосмыслового значения какого-либо одного слова. Для этого конкретное понятие (например, «бегать») обыгрывается в разнообразных фразеологических контекстах (время бежит, вода бежит, кошка бежит, облака бегут).

Часто у больных с афазией, даже при относительно легкой степени речевых расстройств, оказывается нарушенным понимание сложных логико-грамматических оборотов речи: пассивных оборотов, предложений, отображающих пространственное расположение предмета, (в которых, например, употребляются предлоги — над, под, у, справа, слева, снизу). Больным с такого рода нарушениями даются задания по устному или письменному описанию различно расположенных предметов. Предметы эти могут быть наглядно расположены на столе или изображены на картинке. Примеры таких описаний: «ручка, лежащая справа от тетради и слева от стакана», «птица, сидящая на ветке над скворечником».

Больным с нарушением понимания сложных логико-грамматических оборотов рекомендуются следующие типы заданий.

— Похожи ли по смыслу такие слова (синонимы): «смелый», «храбрый», «мужественный»; «глупый», «неумный»; «добрый», «щедрый»; «брать», «хватать»?

Подберите к заданным словам слова с противоположным смыслом (антонимы): «новый — старый»; «высокий — низкий»; «узкий — широкий»; «добрый — злой»; «сладкий — горький»; «сильный — слабый».

— Подберите слова, определяющие качества существительных: воды, воздуха, молока, мяса, масла, лимона, лука, сахара, свеклы, картошки, полотенца, одежды, дня, ночи, зимы, лета, весны, осени, характера, настроения (например: вода чистая, холодная, ключевая, питьевая, грязная, кипяток).

Составьте по 2 предложения со словами: «рука об руку»; «рукой подать»; «быть под рукой»; «на руках носить»; «держать себя в руках»; «ухватиться обеими руками»; «золотые руки»; «попасться под руку»; «железная рука».

— Объясните, когда употребляются следующие обороты: души не чаять; покраснеть до корней волос; спать как убитый; как свои пять пальцев; во все лопатки; во все горло; хоть глаз выколи; кот наплакал.

— Объясните, какое из предложений правильное: фонарь освещается улицей, улица освещается фонарем, море омывается берегами, берега омываются морем.

— Покажите: ручку карандашом, ручкой карандаш, карандашом ручку; ключом монету, монету ключом; пальцем шкаф, шкаф пальцем.

— Положите: ключ справа от монеты, ножницы слева от ниток; карандаш справа от ластика; ложку слева от чашки.

— Нарисуйте домик слева от елки и справа от чашки; цветок слева от

стола и справа от гриба; лампу справа от карандаша и слева от стула.

— Нарисуйте домик под чашкой, чашку над карандашом, очки под стулом, стул под солнцем; цветок над елкой и под грибом; окно над шкафом и под ложкой.

— Докончите начатые предложения разными вариантами: «Она не могла поступить в институт, хотя...», «Она поступила в институт, несмотря на ...», «Если бы я нашел такси, ...», «Мы пойдем за грибами, если ...», «Девушка, которая ... работает в школе». «Пальто, которое... надо повесить в шкаф». «Когда... было уже поздно».

Для начавших говорить при всех формах афазии очень полезно: 1) решение несложных кроссвордов; 2) составление серий слов из многосложного слова (всем известная с детства игра, когда из букв, например, слова «преподаватель», образуются слова «вода», «лето», «дело», «правда» и др.); 3) обсуждение кинофильмов, спортивных передач.

Если больной желает и может вернуться к работе, к этому моменту он уже должен делать небольшие доклады на производственные темы, пересказывая журнальные статьи или параграфы из справочников по специальности. Трудно произносимые термины выписываются им в специальные словарики, для того чтобы их отработать в процессе многократного произнесения. Если больной студент или учащийся, следует рекомендовать ему вернуться на тот курс, за который у него уже сданы экзамены. Такое отступление поможет ему втянуться в учебную программу, привыкнуть к лекционной нагрузке.

Несомненно, этим не исчерпываются все приемы восстановления речи у больных с афазией. Нередко наблюдаются случаи, когда имеется сочетание различных форм афазии. Речевые нарушения у этих больных могут быть более стойкими, чем все вышеописанные.

Преодоление артикуляционных расстройств

Следствием нарушения мозгового кровообращения, кроме афазий, могут быть различные дизартрии. Диагноз дизартрии, ее форм ставит врач невропатолог. Наиболее часто встречающаяся форма этого речевого расстройства называется псевдобульбарной (по названию соответствующего отдела мозга) дизартрией, которая возникает при двустороннем нарушении нервных путей, идущих от коры головного мозга к его подкорковым отделам, к стволу мозга.

При этой форме речевого расстройства у больных полностью сохраняется понимание речи, они могут общаться при помощи письма или азбуки, по которой они указывают пальцем буквы, входящие в слова и фразы.

При псевдобульбарной дизартрии у больных нередко наблюдается полное отсутствие движений языка, губ, мягкого нёба, гортани либо крайняя замедленность, заторможенность этих движений. Язык больного подтянут кзади, спинка языка закруглена и закрывает вход в глотку. Больной с трудом высовывает малоподвижный язык вперед, во многих случаях может пододвинуть его лишь к зубам, не выдвигая из полости рта. Амплитуда движений языка настолько мала, что больной не всегда может облизать губы, поднять язык вверх. Наименее подвижным оказывается кончик языка, он напряжен, почти не меняет своего положения, если надо облизать губы, опустить язык вниз.

Так как при псевдобульбарной дизартрии нарушаются движения не только языка, но и губ, мягкого нёба, глотки, гортани, больной не только молчит, но и не ест обычную пищу из-за нарушения жевания и глотания. Нередко больные поперхиваются жидкой пищей. И как следствие нарушения сглатывания слюны у них наблюдается слюнотечение.

Псевдобульбарная дизартрия проявляется в разной степени тяжести, и для преодоления этого недуга подчас требуется довольно длительное время. Хотя по мере восстановления речи у больных наблюдается и уменьшение слюнотечения, но долгое время сохраняется «гнусавый» оттенок голоса из-за плохой подвижности мягкого нёба, несмотря на расширение амплитуды движений языка и губ.

Преодоление псевдобульбарной дизартрии возможно только при ежедневной тренировке движений мышц языка, губ, мягкого нёба и глотки. Для этого

используется особая гимнастика артикуляционного аппарата, сочетаемая с легким массажем органов артикуляции, при этом желательно проводить и посильную для больного общую гимнастику.

Надо постоянно помнить о чрезвычайно быстро возникающей усталости больного, в связи с чем желательно после каждых 5—7 минут занятий (а иногда и чаще) делать небольшие перерывы, давая ему отдохнуть. Многие больные могут тренироваться сами, сидя перед зеркалом и постепенно добиваясь все большей амплитуды движений языка и губ.

Вот основные упражнения, содействующие преодолению артикуляционных расстройств при этой форме дизартрии.

I. Подготовительные упражнения.

1. Упражнения для мышц шеи: медленно, спокойно поворачивать 2—3 раза голову в стороны (вдох носом, выдох ртом), нагибать голову вниз (выдох носом), не спеша поднимать ее прямо (вдох ртом).

2. Гимнастика мышц зева и глотки:

а) по возможности широко открыть рот, вдохнуть и плавно выдохнуть воздух (позевывание);

б) покашливание (имитировать кашель);

в) зажав слегка ноздри, пальцем сдувать с ладони ватку или бумажку, дуть на зажженную спичку, на воду, надувать щеки при крепко сжатых губах.

Выполнение упражнений контролировать, наблюдая за собой в зеркале.

II. Проводить очень легкий массаж мягкого нёба подушечкой повернутого ногтем вниз большого пальца (ноготь должен быть либо аккуратно обрезан, либо закрыт напальчником гигиенической перчатки). Это упражнение должно быть очень кратким, достаточно прикоснуться к мягкому нёбу 3—4 раза, чтобы возникло необходимое для преодоления малой подвижности мягкого нёба рвотное движение.

III. Гимнастика и массаж артикуляционных мышц.

1. Опускать и поднимать нижнюю челюсть, затем движение нижней челюстью в стороны, выдвижение нижней челюсти вперед и отведение ее назад.

2. Растягивание углов рта в улыбку, оскаливание зубов, стягивание губ в дудочку. Произнесение звуков «у», «о», «а»; затем парных звуков «и—у», «и—а», «и—о», а в дальнейшем звуков «а—о—у», «и—а—и», «а—и—а», «у—и—у», «и—у—и».

3. Одновременно надуть обе щеки, затем надувать их попеременно то правую, то левую. Втянуть щеки в пространство между зубами. Втягивать губы в рот. Поднимать верхнюю и опускать нижнюю губу. Пробовать фыркать и цокать.

4. Высовывать язык вперед лопаткой, жалом, поднимать язык к верхним зубам, к верхней губе, опускать язык в полость рта, на зубы; позже — к нижней губе, делать круговые движения языком в разные стороны в полости рта, вокруг зубов, вокруг рта, присасывать язык к нёбу.

С целью массажа языка рекомендуются упражнения: движения языком между слегка сжатыми зубами, легкое покусывание языка, круговое движение языка вокруг губ, присасывание языка к нёбу, воспроизведение кучерского «тпру».

Кроме этого желательно проводить гимнастику мускулатуры лица: «хмурить» по заданию лоб, брови, морщиться, имитируя зубную боль или ощущение кислого во рту, поднимать и опускать брови, имитируя удивление, попеременно закрывать веки глаз, имитируя прищуривание то левым, то правым глазом, попеременно поднимать углы рта, делать нюхательные движения, оскаливать зубы, имитируя откусывание хлеба. Проводится очень мягкий (1 минуту) массаж губ, щек, мышц лба.

Не каждый больной на одном занятии сможет выполнить все рекомендованные выше упражнения. Следует исполнять одно-два из каждой группы упражнений одновременно на каждом занятии, особенно в начале восстановительного лечения. В дальнейшем, по мере улучшения состояния, объем выполняемых упражнений постепенно расширяется, включаются новые задания. Постоянно надо помнить, что больные с дизартрией очень утомляемы, и гимнастические занятия должны длиться не более 15—20 минут (а иногда и меньше), с небольшими перерывами на отдых.

Параллельно с проведением специ-

...ьных упражнений для мышц, участвующих в артикуляции, с больными ведутся и занятия по восстановлению речи. Вначале следует добиваться появления отдельных звуков, слогов, простых слов, затем фраз и сложных в артикуляционном отношении слов (например: электрификация). Больным с дизартрией легкой степени даются задания на четкое произнесение скороговорок типа: «На дворе трава, а на траве дрова», «Сшит колпак, да не по-колпаковски, надо колпак переколпаковать», «Карл у Клары украл кораллы», «Шла Саша по шоссе».

С каждым занятием больным необходимо постепенно увеличивать свою речевую активность. Параллельно воспитывается самоконтроль за правильностью речи. В занятиях с больным надо быть терпеливым, гибким, деликатным и в то же время пунктуальным в организационных вопросах, не жалеть своего времени, не забывать о расписании занятий, помнить, что без помощи близких людей самому больному трудно справиться с речевым дефектом.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

У человека, перенесшего инсульт, часто нарушаются взаимоотношения с окружающим миром, изменяется в той или иной мере и сама личность больного — происходит его психическая и социальная дезадаптация (расстройство приспособленности). Поэтому задачей не только врачей, методистов по лечебной гимнастике, логопедов, психологов, но и родных и близких больного, иначе говоря, всех, кто участвует в процессе реабилитации, является восстановление его социальных контактов, бытовых навыков и в определенной мере трудоспособности.

У многих больных восстановление бытовых навыков первое время может несколько отставать от восстановления движений. Такие больные с уже неплохо восстановившимися движениями не могут сами одеться, нуждаются в посторонней помощи при мытье в ванне, боятся одни выходить на улицу. Задача этого этапа восстановления — обучить больного полному обслуживанию себя в быту, научить обходиться без посторонней помощи при одевании, зажигать газ, подогревать пищу, пользоваться ванной, выходить одному на улицу.

Ряд факторов может задерживать восстановление самообслуживания и трудоспособности. Так, у некоторых больных, перенесших инсульт, развиваются нежелательные изменения эмоциональных и волевых качеств, меняется отношение к окружающему и самому себе. Эти изменения тормозят процесс социальной адаптации больного.

Так, например, при обширных поражениях коры правого полушария головного мозга, наряду с нарушением движений в левых конечностях, у больных возникает снижение двигательной и психической активности. У разных больных это снижение активности может быть выражено в разной степени: от благодушного, беспечного отношения к своей болезни (к имеющемуся двигательному дефекту) до полной апатии.

Даже при относительно неплохом восстановлении движений больные могут безучастно лежать [illegible]. Если их посадить перед телевизором, они также часами бездумно смотрят одну передачу за другой. При этом нельзя считать, что их мысли витают где-то далеко. Они могут обстоятельно рассказать все, что видели. Но увиденное и услышанное не вызывает у них должных эмоций. Сохранность памяти и интеллекта у таких больных сочетается с эмоциональной тупостью и отсутствием инициативы.

Одновременно с притуплением эмоций и безынициативностью у подобных больных наблюдаются и другие изменения личности: расторможенность, проявляющаяся в нетактичности, склонности к плоским шуткам и неуместным замечаниям. Причем все это может возникнуть даже у тех, кто до болезни отличался высокой культурой поведения. Нередко у больных, перенесших инсульт в правом полушарии головного мозга, наблюдаются различные проявления некритичного отношения к своему заболеванию и имеющемуся двигательному дефекту: от недооценки их до полного игнорирования и даже отрицания (синдром анозогнозии).

Восстановление ходьбы, самообслуживания и трудоспособности у больных

со сниженной психической и двигательной активностью и анозогнозией резко затруднено. Различные действия они совершают не столько по внутреннему побуждению, сколько в результате стимулирования извне. Выполняют, например, упражнения по лечебной гимнастике только в присутствии методиста, в остальное же время безучастно лежат или сидят.

С такими больными необходима упорная работа с целью выработки у них потребности к движениям, к ходьбе и самообслуживанию. На первом этапе для этого требуется постоянная стимуляция извне.

Роль семьи в осуществлении этой стимуляции неоценима, особенно после выписки больного из больницы. Дома, под контролем родных и близких он должен регулярно проводить занятия по лечебной гимнастике. Необходимо обязательно привлекать больного к выполнению посильных для него домашних обязанностей, таких, как участие в уборке помещения, в мытье посуды, накрывании на стол.

Желательно на каждый день составлять план (лучше письменный) с точным и детальным указанием, когда и что больной должен сделать. Первое время, конечно, одних письменных инструкций оказывается недостаточно, и требуется постоянно побуждать больного к деятельности, иногда даже преодолевая сопротивление с его стороны.

Следует неустанно напоминать больному, что никакие чудодейственные лекарства и методы физиотерапии не приведут к восстановлению нарушенных движений без усилий с его стороны, объяснять ему, что если он будет 45—60 минут в день заниматься с методистом лечебной гимнастикой, а остальное время лежать или сидеть у телевизора, то это не приведет к положительным сдвигам в его состоянии.

Опыт показал, что настойчивые усилия со стороны близких и родных больного, упорные занятия комплексом восстановительной терапии приводят к значительному восстановлению движений, бытовых навыков, социальных контактов, к сглаживанию нарушений в эмоциональной и волевой сферах. К больным постепенно возвращается их прежняя активность, они начинают самостоятельно, без понуждения извне заниматься лечебной гимнастикой, интересоваться окружающим, семьей, делами служебными и производственными, постепенно включаются в социальную жизнь, многие из них возвращаются на прежнее место работы.

Нарушения эмоционально-волевой сферы

Сочетание слабости, повышенной утомляемости с пониженным, подавленным настроением составляет основу признаков астенодепрессивного синдрома. Такие изменения со стороны эмоционально-волевой сферы часто возникают в результате инсульта (астения — слабость, бессилие; депрессия — пониженное, подавленное настроение). Наличие у больных этого синдрома препятствует успешному проведению восстановительных мероприятий.

Дело в том, что из-за быстро возникающей утомляемости такие больные не [illegible] длительных занятий, а из-[illegible]ного настроения, неверия в свои силы и в возможности восстановления часто даже отказываются заниматься. Их настроение можно охарактеризовать как состояние капитуляции.

По своему поведению, чисто внешне, они иногда напоминают больных со сниженной двигательной активностью, наступающей при поражении правого полушария мозга, хотя причины разные. Это и надо учитывать при проведении восстановительных мероприятий. Так, если у больных с астенодепрессивным синдромом снижение активности связано с быстрой утомляемостью и неверием в успех, то гипоактивность (при поражении правого полушария) обусловлена глубоким нарушением волевых процессов, эмоциональным оскудением и недооценкой своего состояния.

В преодолении астенодепрессивного синдрома значительная роль принадлежит психотерапии наряду с лекарствами, повышающими настроение (антидепрессанты) и тонус центральной нервной системы (нейростимуляторы). Не только врач, но и родные, близкие больного должны постоянно укреплять в нем веру в свои силы, уверенность, что в новой, изменившейся ситуации он найдет свое

место в жизни. В беседах с больным необходимо подчеркивать важность его мнения для членов семьи, советоваться с ним по всем семейным вопросам.

Большую роль, по нашим наблюдениям, могут сыграть в этом и сотрудники по работе, поддерживая в больном надежду в возможность возвращения к труду. С повышением настроения, при более оптимистическом взгляде на будущее снижается утомляемость, больному становится легче переносить физические нагрузки.

В ходе восстановительного лечения у больных нередко возникают различные невротические реакции, сопровождаемые страхом. Чаще всего страх выйти одному на улицу. Но иногда возникает и страх перед самостоятельным передвижением даже в пределах помещения. Такой больной может ходить самостоятельно — опираясь на палку или даже без нее, и рекомендуется, чтобы рядом с ним обязательно кто-нибудь был для страховки от падения. Усилению подобных страхов нередко способствуют предшествовавшие падения, которые иногда случаются при первых попытках к самостоятельному передвижению после инсульта.

Затрудняют дело и другие страхи связанные с самостоятельным передвижением: боязнь лестницы, лифта, больших открытых пространств и т. п. Хотя больные и могут относительно хорошо передвигаться в пределах замкнутых пространств (в квартире, в больничном коридоре), все же они боятся без сопровождающих спускаться по лестнице, а тем более пользоваться городским транспортом.

Существуют различные методы преодоления подобных страхов, в их числе и лекарственная терапия, уменьшающая страх с помощью транквилизаторов. Но ведь могут помочь родные и близкие больного: участвовать в ежедневных тренировках больного в ходьбе по лестнице, в пользовании лифтом, при его самостоятельном передвижении по улице.

Вначале сопровождающий лишь поддерживает больного, помогает ему, а в дальнейшем только находится рядом. По мере того как больной овладевает навыком ходьбы, ему необходимо на примерах показывать, что он может обойтись и без посторонней помощи. Именно при такой практике — постепенного расширения самостоятельности — страх со временем довольно быстро исчезает. Но в то же время нельзя что называется подгонять больного, форсировать его самостоятельность: это может привести к обратному эффекту — к усилению страха.

Немаловажную роль в борьбе со страхами и другими невротическими проявлениями (бессонницей, раздражительностью) играет аутогенная тренировка, которую можно проводить и в домашних условиях.

Преодоление страхов самовнушением

Больные с последствиями инсульта должны выполнять упражнения аутогенной тренировки в положении лежа на кушетке или диване, в удобной позе, способствующей максимальному расслаблению мышц. Под голову следует положить невысокую подушку, глаза закрыть, руки вытянуть вдоль тела. В среднем каждое занятие длится 30—40 минут, а проводить их лучше утром (сразу после сна) и вечером (перед сном).

Для аутогенной тренировки рекомен- [illegible] стандартных [illegible] каждое из которых разу- [illegible] нии нескольких занятий. В [illegible] каждого занятия больной мысленно произносит несколько раз фразу «Я совершенно спокоен» до тех пор, пока им не овладеет ощущение покоя, умиротворенности, отрешенности от повседневных забот. Этой подготовительной формулой внушения создается внутренняя настройка на последующие упражнения.

Но не у всех с помощью этой простой формулы удается вызвать состояние покоя. Люди с повышенной возбудимостью должны настраивать себя постепенно, с помощью последовательного самовнушения:

— Я успокаиваюсь...

Я становлюсь совершенно спокойным...

Я успокоился.

Полный покой охватывает мое тело... обволакивает меня...

Подготовительные формулы успокоения произносятся не спеша, медленно и подкрепляются образным представле-

шем покоя, умиротворенности. Например, можно представить себе голубое небо, медленно плывущие по нему облака, зеленую лужайку, синюю гладь озера и т. п. Ощущение покоя само по себе вызывает расслабление мышц и подготавливает успешное усвоение первого из рекомендуемых упражнений.

Первое упражнение. На разучивание этого упражнения, цель которого научиться расслаблять мышцы, обычно затрачивается от 5 до 8 занятий. Больной мысленно повторяет несколько раз следующие фразы, добиваясь максимального расслабления мышц и ощущения тяжести в конечностях:

Моя правая рука тяжелая.
Моя левая рука тяжелая...
Моя правая нога тяжелая...
Моя левая нога тяжелая...
Обе руки и ноги тяжелые...

Самовнушение сопровождается расслаблением мышц, хотя полное ощущение расслабленности возникает обычно только через несколько занятий. Для больных это упражнение а[утогенной] тренировки способствует ра[сслаблению] мышц паретичных конечностей, у которых после инсульта [развивается] рефлекторное повышение [мышечного] тонуса. К тому же проводимое на ночь, оно нормализует сон. После усвоения упражнения 1 можно приступать к выполнению упражнения 2.

Второе упражнение. В начале занятия вновь повторяют формулу «Я совершенно спокоен», а затем упражнение 1, достигая ощущения расслабленности в теле. После этого мысленно повторяются следующие формулы самовнушения:

Моя правая рука теплая.
Моя левая рука теплая...
Моя правая нога теплая...
Моя левая нога теплая..
Мои руки и ноги теплые...
Моя спина теплая...

После 2—3 занятий формулы внушения ощущений тяжести и тепла можно объединить в одну: «Мои руки тяжелые и теплые... Мои ноги тяжелые и теплые..» Повторяя эти формулы, надо мысленно представить свои руки и ноги, погруженными в теплую, почти горячую ванну. Люди с недостаточно ярким воображением могут перед началом занятия погрузить руку (или ногу) в теплую воду и попытаться запомнить ощущения, возникающие при этом погружении. Разучивание упражнения 2 в среднем происходит в течение 4—5 занятий.

Если цель первого упражнения — научиться расслаблять мышцы, то задачей второго является овладение собственными сосудистыми реакциями, обычных условиях не поддающимися волевому контролю, и, в частности, возможность добиться произвольного расширения сосудов. У людей, хорошо овладевших этим упражнением, можно объективно, с помощью приборов во время его выполнения зарегистрировать повышение кожной температуры и расширение кожных сосудов. Так тренируется тонус сосудов, нормализуется артериальное давление. Только после того, как будет освоено упражнение 2, приступают к разучиванию следующего.

Третье упражнение. Начинаются занятия в обычной последовательности: вначале мысленное внушение «Я совершенно спокоен», затем последовательно повторяются упражнения 1 и 2, а когда достигаются ощущения тяжести и тепла, приступают к внушению формулы «Сердце бьется спокойно и ровно».

Во время выполнения этого упражнения все внимание должно быть сосредоточено на ощущениях, идущих от сердца. Постепенно, по мере освоения упражнения удается явственно почувствовать сердцебиение. В дальнейшем желательно мысленно представить себе красивый пейзаж, вспомнить приятную успокаивающую музыку. Освоение этого упражнения позволяет предотвращать приступы болей в сердце, а в ряде случаев выравнивать сердечный ритм и снимать приступ сердцебиения. На разучивание упражнения 3 приходится в среднем 4—6 занятий.

Четвертое упражнение. Освоение его способствует нормализации ритма дыхания. После повторения трех первых упражнений проводится самовнушение «Мне дышится спокойно и свободно». В это время дышать надо глубоко, вдох через нос, выдох через рот, а во время вдоха передняя стенка живота выдвигается вперед, выдоха — втягивается внутрь (по продолжительности выдох в два раза длиннее вдоха). Про-

водить занятия по аутогенной тренировке, в особенности при выполнении этого упражнения, лучше при открытом окне. Осваивается упражнение 4 обычно за 3 –4 занятия.

Пятое упражнение. Выполнение его направлено на создание ощущения тепла в области солнечного сплетения, являющегося вегетативным центром, регулирующим работу желудочно-кишечного тракта. Автор этого метода аутогенной тренировки, немецкий ученый Шульц, предлагает следующую формулу: «Мое солнечное сплетение излучает тепло» (проекция солнечного сплетения приходится на середину расстояния между нижним концом грудины и пупком).

В связи с тем что обычно трудно мысленно представить себе солнечное сплетение, советский [illegible] А. Свядощ предложил несколько иную формулировку. Мои [illegible] приятным [illegible] ней и фраза «Мою [illegible] приятное тепло [illegible]». При освоении [illegible] в среднем 4 [illegible]. При [illegible] оно при [illegible] желудка и двенадцатиперстной кишки. Освоив пять [illegible] аутогенной [illegible] разучивают [illegible] ощущения.

Шестое упражнение. Формула [illegible] внушения. Мы [illegible] день. Мысленно [illegible] мо достичь ощущения [illegible] ного прохладного ветерка, обвевающего кожу лба. Использование этого упражнения предотвращает и иногда снимает головную боль сосудистого происхождения. Можно также [illegible] формулу самовнушения. Мне [illegible] ятно прохладен, голова ясная».

После овладения описанными шестью упражнениями рекомендуется все их повторять ежедневно, лучше 2 раза в день. При быстром достижении внушенных ощущений время на проведение этих упражнений можно сократить с 30–40 до 15–20 минут. Оставшиеся 15–20 минут используются для внушения новых формул, которые создаются в зависимости от состояния больного.

Так, если больной боится выходить один на улицу, формула самовнушения должна звучать так: «Я свободно и спокойно гуляю один по улице». При этом перед мысленным взором больного должен вставать образ самого себя, спокойно прогуливающегося по улице. Не рекомендуется в формулу внушения вводить предложения, содержащие отрицания. Так, не годится формула «Я не боюсь ходить (гулять) один по улице».

Метод аутогенной тренировки полезно использовать с целью расслабления тех мышц, в которых после инсульта значительно повышается тонус [illegible] что приводит к контрактуре [illegible] ограничения объема [illegible] и парезами конечности.

Вот пример использования аутогенной тренировки для расслабления мышц [illegible] результат [illegible] ния всех [illegible] аутогенной [illegible] и медленно [illegible] Кисть [illegible] расслаб[illegible] ло. Пальцы выпрямляются».

[illegible] в течение [illegible] время [illegible] быть сосредоточено на ощущениях, идущих от [illegible]. Обычно [illegible] первых [illegible] [illegible] ощущений [illegible] Первое время [illegible] держится [illegible], а после [illegible] движения [illegible] появляется [illegible] В дальнейшем же, однако, [illegible] контролировать состояние мышечного [illegible] и теплом все более и более [illegible] времени. Подобные упражнения рекомендуется проводить и для расслабления мышц предплечья, бедра, стопы.

Для стимуляции активных движений в пальцах паретичной руки после выполнения всех шести основных упражнений аутогенной тренировки больной использует следующие формулы: «Я мысленно сжимаю пальцы в кулак. Я разжимаю пальцы. Движения свободны». «Я разгибаю кисть». «Я разжимаю пальцы». «Сгибаю пальцы». «Я сгибаю большой палец». «Я разгибаю большой

палец» — для каждого пальца. Сходные упражнения можно применить для увеличения активных движений в других суставах — локтевом, плечевом, голеностопном.

Роль самообслуживания

Как уже отмечалось, восстановительное лечение во всех своих видах продолжается после выписки больного из больницы: дома больные принимают назначенные врачом лекарства, занимаются лечебной гимнастикой, а с теми, у кого нарушена речь, проводятся занятия по ее восстановлению. Также расширяются навыки самообслуживания, которым научили больного в больнице.

В домашних условиях закрепляются навыки ходьбы, постепенно увеличивается продолжительность прогулок (по времени и расстоянию), больной обучается пользоваться лестницей, лифтом, городским транспортом. И после освоения ходьбы по ровной, гладкой поверхности следует тренироваться в передвижении по наклонной плоскости, а также по песку, мелкому гравию.

Как правило, такие навыки, как самостоятельно вставать с постели, надевать пижаму и тапочки, пользоваться туалетом, умываться, принимать пищу осваиваются еще в больнице. Дома же больной учится самостоятельно надевать верхнюю одежду и обувь, разогревать пищу, открывать ключом дверь, пользоваться телефоном. Труднее всего научиться самостоятельно пользоваться ванной, но и этому можно научить большинство больных, перенесших инсульт.

Вслед за обучением полному самообслуживанию, а иногда и параллельно с этим необходимо подключать больного к выполнению некоторых домашних обязанностей.

К каким домашним работам может быть подключен больной? Это зависит от степени двигательных нарушений и от того, чем он привык заниматься дома, какое участие принимал в ведении домашнего хозяйства до инсульта. Больной, у которого неплохо восстановилась ходьба, сможет, например, ходить в ближайшие магазины. В случае умеренных, легких двигательных нарушений после инсульта, если затем восстановился объем движений в руке, но осталась неловкость и слабость в ней, больной сможет шить, стирать, участвовать в приготовлении пищи, выполнять несложную работу по саду.

Домашняя трудотерапия полезна вдвойне. С одной стороны, помогает восстанавливать сложные двигательные навыки паретичной конечности, а в тех случаях, когда степень пареза значительна, помогает перестройке на выполнение здоровой рукой. С другой стороны, домашний труд постоянно поддерживает больного психически. Ведь вынужденное безделье тяготит больных, вызывает отрицательные эмоции, что не способствует процессу восстановления.

Для улучшения психического состояния больного полезны также различные увлечения — как те хобби, которыми в той или иной мере увлекался он еще до инсульта, так и новые. Во многих медицинских реабилитационных учреждениях с постинсультными больными [illegible] занятия по вышиванию, [illegible]лепке, художественным [illegible] по дереву и металлу, обучению переплетному делу и др. Все это [illegible] зависимости от возможностей и вкусов больного можно организовать и в [illegible]ших условиях.

[illegible] семьи

Необходимо [illegible] отношение к труду больных, которые до инсульта работали, если у них отмечается удовлетворительное, пусть и не полное, восстановление нарушенных двигательных и речевых функций. Ошибку совершают те больные и их родственники, которые считают, что о работе можно думать только после полного восстановления нарушенных функций.

К сожалению, не всегда нарушенные движения и речь восстанавливаются полностью, на все сто процентов. Поэтому реабилитационные мероприятия должны быть направлены на приспособление к дефекту в тех случаях, когда полное восстановление невозможно. Можно привести много приме-

ров, когда воля и упорство больных позволяли им вновь вернуться к любимой работе. Следует иметь в виду и то, что сама по себе трудовая деятельность мобилизует силы больного, выявляет его резервные возможности и тем самым способствует восстановлению нарушенных функций.

Благоприятный психологический климат в семье, сочетание доброжелательности с требовательностью в отношении к больному во многом стимулирующе сказываются на ходе восстановления нарушенных навыков, помогают возвращению его к труду. Сверхопека, как и равнодушное, пассивное отношение к больному, затрудняют успешный процесс восстановления. Бывает, что когда родные и близкие больного пытаются предугадать каждое его желание, одевают, моют и чуть ли не кормят его с ложечки, то сам больной при таком отношении к нему, начинает смотреть на себя как на беспомощного, зависимого человека. Во всем этом нужно иметь такт и знать меру.

Но не менее вредно и равнодушное отношение родных и близких к возможностям восстановления [illegible] перспективам вернуть [illegible] «в строй». Нередко можно услышать «Все равно тут ничем не поможешь». Как показывает наш клинический опыт, когда родные и близкие постоянно занимаются с больным лечебной гимнастикой, проводят по заданию логопеда занятия по восстановлению речи, чтения и письма, ободряют больного, то все это оказывает огромное воздействие на быстроту и степень восстановления нарушенных функций.

КАК ИЗБЕЖАТЬ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Велик ли риск повторного инсульта? К сожалению, повторные инсульты случаются, и причины их те же, что и первого. Наши наблюдения показывают, что фатальной неизбежности рецидивов нет, при соблюдении профилактических мероприятий повторное заболевание можно предотвратить.

О факторах риска повторного инсульта

Важнейшим из них является повышенное артериальное давление. Верхние границы нормального артериального давления для людей молодого и зрелого возраста составляют 140/90, у пожилых — 150—160/90—100.

У 90 % больных со стойким повышением артериального давления диагностируется гипертоническая болезнь, возникновению которой способствует длительное нервно-психическое перенапряжение, наследственная предрасположенность, избыточное потребление поваренной соли. У остальных 10 % больных причиной повышенного давления могут быть заболевания почек, сужение почечных артерий, некоторые заболевания желез внутренней секреции. Способствуют повышению артериального давления также такие факторы, как избыточный вес (масса тела), малоподвижный образ жизни и употребление алкоголя.

Больным с высокими цифрами артериального давления, если они не принимают регулярно гипотензивные (снижающие давление) средства, может угрожать повторное развитие инсульта. В то же время исследования советских и зарубежных ученых показали, что систематическое лечение больных с повышенным артериальным давлением позволяет резко снизить возможность развития инсульта. Поэтому постинсультным больным с повышенным артериальным давлением в первую очередь необходимо, постоянно контролируя давление, принимать по назначению врача гипотензивные препараты и ограничить потребление соли.

Немаловажным фактором риска развития повторного инсульта является курение. Широкое распространение курения находится в прямом соответствии с ростом сердечно-сосудистых заболеваний и развитием таких тяжелых осложнений, как инфаркт миокарда, мозговой инсульт и облитерирующий эндартериит нижних конечностей (заболевание сосудов ног, при котором происходит сужение их просвета).

Содержащиеся в табачном дыму никотин и окись углерода являются сосу-

дистыми ядами, действуя повреждающе на сосудистую стенку, способствуют развитию атеросклероза, возникновению спазмов и закупорке (тромбозу) сосудов. Следует знать, что вредно не только активное, но и так называемое пассивное курение, когда табачным дымом дышат находящиеся в одном помещении с курильщиками некурящие люди.

Особенно опасно продолжать курить тем, кто перенес инсульт. К сожалению, нередко встречаются случаи, когда сердобольные родственники и приятели приносят в больницу сигареты, фактически еще лежачим больным. В то время как именно родные и близкие прежде всего должны оказать помощь в попытке больного бросить курить либо побуждать его к этому.

Легче всего отучиться курить в первый месяц заболевания, когда страх перед повторным инсультом [illegible] лик. Родные и близкие должны отвлекать его от желания [illegible] разъяснять всю опасность [illegible] укреплять веру в возможность прекращения. Не следует держать в [illegible] сигарет, а родственники и друзья не должны курить при больном.

В тех же случаях, когда бросить курить сразу никак не удается, следует постепенно с каждым днем уменьшать количество выкуриваемых сигарет (папирос), составить себе для этого план, курить только сигареты с фильтром и низким содержанием никотина, каждую сигарету выкуривать лишь наполовину, стараться не затягиваться, не курить в постели.

Другим главным фактором, способствующим развитию повторного инсульта, является алкоголь. Употребление алкоголя способствует повышению артериального давления, токсически действует на мышцу сердца. Многие больные, перенесшие инсульт, признаются, что накануне выпили. Употребление алкоголя категорически противопоказано больным с последствиями инсульта. Безусловно, это относится не только к крепким напиткам, но и к таким, как пиво и сухое вино. Необходим полный отказ от их употребления.

Нерациональное питание и связанный с ним избыточный вес (или, как правильнее говорить, избыточная масса тела) также относятся к факторам риска развития инсульта, как и ряда других болезней. Нарушение обмена веществ, к которому приводит избыточное питание и малоподвижный образ жизни, является причиной развития гиперхолестеринемии (повышенного содержания в крови холестерина) и отложения на стенках сосудов бляшек, содержащих холестерин. Этот процесс и лежит в основе развития атеросклероза, в свою очередь приводящего к закрытию или резкому сужению просвета сосудов с нарушением питания тех органов или областей мозга, которые снабжают кровью этот сосуд.

Это и приводит к развитию инфаркта миокарда, мозгового инсульта

[illegible] питании

Можно выделить ряд ошибок, которые совершают многие люди в своем повседневном питании. Сюда относятся обилие [illegible] мой пищи, и избы- [illegible] и быстроусвояемых [illegible] ладости, белый хлеб), [illegible] ких фруктов и овощей. [illegible] принимают нерегулярно и [illegible] вместо 5 раз в день [illegible] (и помногу) [illegible] ность пищи часто совершенно не соответствует энергетическим расходам организма. Вместо свежих продуктов в повседневном потреблении преобладают вареные, жареные, печеные и соленые блюда, а в результате нерациональной кулинарной обработки из пищи исчезают многие полезные компоненты.

Правильная организация рационального питания как для больных, перенесших инсульт, так и для многих здоровых людей означает следующее.

1. Снижение общей калорийности пищи до 2200—2500 ккал. Этого вполне достаточно для людей, не занятых тяжелой физической работой. Снижать калорийность рекомендуется в основном за счет ограничения потребления мучных, кондитерских изделий, белого хлеба, сладостей. Рекомендуется уменьшать потребление сахара и конфет, и хотя бы через день пить чай без сахара.

Калорийность основных продуктов
(количество килокалорий в 100 г продуктов)

Хлеб ржаной	— 200	
Хлеб пшеничный	230	
Крупы	330	350
Печенье	120	
Сахар	— 400	
Шоколад	- 550	
Варенье	- 280	
Конфеты	— 370	— 500
Масло сливочное	— 780	
Масло растительное	— 930	
Маргарин	- 766	
Мясо (говядина)	— 90	140
Птица (курица)	— 70	110
Колбаса	- 193	310
Яйцо (1 штука)	- 75	
Жирные сорта рыбы	- 100	— 130
Нежирные сорта рыбы (треска и др.)	30	70
Молоко (кефир)	60	
Сметана	280	
Творог жирный	210	
Творог нежирный	- 80	
Сыр	300	350
Помидоры	15	
Картофель	70	
Морковь	31	
Свекла	31	
Капуста	25	
Фрукты и ягоды	20	25
Виноград	60	
Орехи (без скорлупы)	- 600	

меньше использовать его в приготовляемой пище (каша, компоты, кисели).

2. С целью нормализации обмена веществ, особенно жирового, и уменьшения количества холестерина необходимо сократить в рационе содержание животных жиров (сала, жирного мяса и рыбы, мясных бульонов, колбасы, сливочного масла, сыра, яиц, печени, мозгов, почек, содержащих большое количество холестерина (яиц, печени).

Общее количество жиров не должно превышать 80 г в день. Желательно, чтобы не менее трети из них приходилось на растительное масло, содержащее полезные для организма ненасыщенные жиры. Не следует употреблять более трех яиц в неделю.

3. Рекомендуется есть больше свежих овощей и фруктов, вместо белого хлеба употреблять черный — из муки грубого помола. Полезны гречневая и овсяная каши, кисломолочные продукты (простокваша, кефир), нежирный творог. В ограниченных количествах и не ежедневно рекомендуется употреблять нежирные сорта мяса, птицы и рыбы. Пища должна содержать необходимое количество витаминов: в сутки человек должен получить 50—100 мг витамина С (аскорбиновой кислоты), 1,1—2,4 мг витамина B_1, 1,0—3,0 мг витамина B_2 и 1,5 мг витамина А.

4. Большие перерывы между приемами пищи способствуют нарушению обмена веществ и часто приводят к ожирению. Пищу принимать надо не большими порциями, но часто (4—5 раз в день). Есть следует медленно, достаточно тщательно пережевывая пищу. Во время еды не следует разговаривать, смотреть телевизор или читать газеты. Рекомендуется контролировать количество съедаемой пищи по калорийности. Необходимо ограничить потребление соленой (селедки, соленых огурцов, грибов), пищу рекомендуется недосаливать.

Особенно тщательно надо выполнять все эти рекомендации людям с избыточной массой тела. В среднем [illegible] человека минус 100, то есть человек ростом 180 см — масса тела 80 кг. [illegible] Превышение нормального веса на 10—20% обычно [illegible] (малоподвижный образ жизни, обильное питание, малое количество овощей и фруктов в рационе). Ожирение (чрезмерное отложение жира в подкожной клетчатке) легкой степени (избыток массы тела на 10—29% нормальной) чаще встречается у женщин, чем у мужчин (гиперстеников, гиперпикников).

Имеется еще один прием определения степени ожирения — толщина жировой прослойки в норме складки кожи вместе с подлежащей жировой клетчаткой на животе, захваченная двумя пальцами, не должна быть более 2,5 см.

Больным с ожирением или избыточной массой тела худеть следует постепенно. Необходимо избегать очень строгих диет, которые иногда рекомендуют больным далекие от медицины

люди. Порции обычно съедаемой пищи должны уменьшаться постепенно. Лучше вести специальный дневник ежедневно съедаемой пищи с переводом ее в килокалории. Регулярно (несколько раз в неделю) следует взвешиваться.

Особенности образа жизни

Кроме избыточного нерационального питания, нарушению обмена веществ и развитию атеросклероза способствует малоподвижный образ жизни. К сожалению, многие люди, чья профессия отличается дефицитом движений, не контролируют этот фактор риска: свободное от работы время не используют для занятий физкультурой и спортом, лыжных и пеших прогулок, туризма, посещения бассейна, не увлекаются работой на садовом участке. Тем более это важно людям, перенесшим инсульт, чья активность ограничена либо двигательным дефектом, либо возникшей в результате изменений психики заторможенностью, апатией, нежеланием что-либо делать.

Неоценима роль семьи в деле организации для больного нормального двигательного режима. Помимо занятия лечебной гимнастикой, которые следует проводить 2—3 раза в день, больным необходимы ежедневные прогулки (желательно 2—3 раза в день), продолжительность и длительность которых зависит от степени тяжести пареза и состояния сердечной деятельности. В значительной степени эти вопросы регулируются в зависимости от самочувствия больного и частоты его пульса.

Больные с хорошим восстановлением движений могут совершать прогулки с постепенным увеличением их продолжительности (по времени и расстоянию), прогулки по пересеченной местности, при хорошем восстановлении движений разрешаются непродолжительные лыжные прогулки, плавание в бассейне, ненагрузочные спортивные игры (настольный теннис, бильярд и т. д.).

Разумеется, при этом необходимо периодически обращаться к врачу, проводить электрокардиографическое исследование, измерять артериальное давление. Во время занятий лечебной гимнастикой, на прогулках больной может сам контролировать свой пульс. Максимально допустимое число сокращений для людей в возрасте 40 лет считается 180, для возраста 50 лет — 170, 60 лет — 160 (оно равно 220 минус возраст). Во время занятий лечебной гимнастикой, при быстрой ходьбе пульс не должен превышать 75 % от максимально допустимого числа сердечных сокращений, но лучше, когда оно не превышает 60 %.

Таким образом, для человека 40 лет допустимое ускорение пульса составляет 108—135 ударов в минуту, для 50 лет — 102—127, для 60 лет — 96—120, для 70 лет — 90—112. В связи с тем что заболеванию мозговых сосудов часто сопутствует поражение сосудов сердца, нагрузку следует увеличивать постепенно. При возникновении ощущений общей слабости, потливости, [illegible]м более болей в области сердца или головокружении физическую нагрузку необходимо тут же прекратить и [illegible]ться к врачу. Возобновить занятия [illegible]можно только после разрешения врача.

Способствующим развитию инсульта фактором является нервно-психическое перенапряжение, сопровождающееся отрицательными эмоциями, которое в научной литературе и в повседневной речи получило название «стресс». Причиной его могут быть, например, различные неурядицы и конфликты в семье и на работе, недовольство своим положением, невозможность осуществить намеченные планы, болезнь или смерть близкого человека.

Все эти причины могут нередко в той или иной мере присутствовать в жизни больного, перенесшего инсульт. Здоровый психологический климат в семье является надежной защитой от различных психологических стрессов, подстерегающих больного. Несомненно, при каких-либо неожиданных неприятностях, психотравмах, сопровождающихся выраженными эмоциональными реакциями, необходимо обратиться к помощи лекарств, но все их необходимо принимать, только посоветовавшись с врачом.

ОТВЕЧАЕМ НА ВАШИ ПИСЬМА

Многие читатели просят порекомендовать конкретную методику релаксационной гимнастики для профилактики снижения работоспособности, снятия утомления, раздражительности. С такой просьбой к главному врачу Московской клинической больницы № 8 имени З. Соловьева, заслуженному врачу РСФСР Вильмару Семеновичу **ЧУГУНОВУ** *по заданию редакции обратилась журналистка Анна* **МИРЛИС**. *Публикуем его ответ.*

ЭТО ВАЖНО ДЛЯ СНЯТИЯ УТОМЛЕНИЯ

В комплексном лечении неврозоподобных состояний и переутомления применяется в клинике и методика релаксационной гимнастики (РГ), разработанная под нашим руководством группой специалистов. Весь комплекс состоит из 11 специально подобранных и 3 дополнительных поз, через которые производится непрерывный, плавный переход тела из одного положения в

Здесь действуют два момента: [illegible] твердое, устойчивое, как бы за[illegible] положение тела (но в то же время у[illegible] непринужденное, приятное) и, во [illegible] комплексе психофизиологических самой действий на организм.

Для удобства усвоения позу необходимо [illegible] разложить» на 4 главных элемен

Первый — релаксация во время и после принятия позы. Оказывает самостоятельное целебное влияние на организм человека и обеспечивает «срабатывание» позы, усиливая ее терапевтический эффект.

Второй — сознательно направленная концентрация внимания на своем организме. Позволяет развить и в сотни раз усилить способности к самонаблюдению как средству самоконтроля, повысить эффект позы.

Третий — сознательно контролируемое дыхание. Вызывает согласованное, созвучное действие всех органов.

Четвертый — физическая часть позы (совокупность технических навыков и знаний). Позволяет правильно принять и зафиксировать позу.

Все перечисленные элементы взаимосвязаны и взаимообусловлены. В непрерывном переходе из одной позы в другую в РГ мы вводим термин «цикл позы», означающий [illegible] движений и технических усилий, [illegible] сающих аналогичные фазы двух [illegible] поз одна за другой поз. Цикл вклю[illegible] чает в себя 6 последовательных этапов: 1) отдых перед вхождением в позу; 2) мысленная настройка на выполнение позы; 3) вхождение в позу; 4) фиксация позы; 5) выход из нее; 6) отдых после выхода из позы.

Укажем основные принципы, которые важно твердо усвоить и неукоснительно выполнять, прежде чем приступать к РГ:

принцип релаксации — после позы необходим отдых в виде кратковременного расслабления, во время которого поза завершает свое действие на организм;

принцип мышечной радости — все упражнения должны доставлять телесное удовольствие;

принцип раскрепощения — [illegible] научиться предоставлять во время занятий [illegible] мальную свободу телу, что позволяет снять хроническое напряжение;

принцип дозирования рабочей нагрузки.

Время фиксации позы на первой неделе не должно превышать 5 секунд. Затем его постепенно увеличивают. Необходимо соблюдать следующие правила во время занятий РГ:

упражнения выполняются либо натощак, либо через 1–2 часа после приема пищи;

РГ не оказывает должного действия после тяжелой фи[illegible]

в каждую позу нужно входить медленно, [illegible] центрируя внимание [illegible] ее выполнении. [illegible] регуляр[illegible] [illegible] [illegible] [

вдох и одновременно с выдохом медленно наклонить туловище вперед. Не отрывая ягодиц от пяток, тянуться лбом к полу. Затем одновременно со вдохом вернуться в исходное положение

4. **Поза «кобра»** Лечь лицом вниз, лбом касаясь пола Полностью расслабить все мышцы. Положить ладони на пол, каждую под соответствующее плечо, поднимая локти вверх и прижимая их к туловищу Ноги лежат на полу и прижаты друг к другу, носки оттянуты. Глаза закрыты Затем открыть глаза и медленно поднимать голову, выгибая шею как можно дальше назад После этого медленно поднимать грудную клетку, один за другим выгибая позвонки. Нижняя часть тела от пупка до пальцев ног должна касаться пола. Смотреть вверх как можно дольше. Некоторое время фиксировать позу, а затем опускать сначала туловище, потом голову (очень медленно!) на пол. Вдыхать при подъеме, во время удержания позы дышать произвольно, опускаясь, делать выдох.

5. **Поза «плуг».** Лечь на спину, руки по бокам вдоль туловища. Задерживая дыхание, медленно поднять ноги, не сгибая колен, прочно упираясь ладонями в пол. Когда ноги будут находиться под углом 90°, поднять таз и нижнюю часть спины, приводя ноги в вертикальное положение. Затем, медленно выдыхая, опустить ноги за голову и коснуться пола пальцами ног. Дышать произвольно Из позы выходить медленно, на выдохе

6. **Поза «лук».** Лечь лицом вниз, упираясь лбом в пол. Осторожно загнуть ноги назад и схватиться каждой рукой за щиколотки Поднять голову и бедра, выгибая спину так чтобы вес тела приходился на живот. Во время подъема вдохнуть, при поддержании позы дышать произвольно. Возвращаясь в исходное положение, выдохнуть.

7. **Поза «газовая».** Лечь на спину, поднять обе ноги и согнуть их в коленях, сильно втягивая воздух через нос. Задержав дыхание, плотно прижать колени двумя руками к животу. Поднять голову, стараясь дотянуться губами до колен. Сохранить позу до тех пор, пока можно не дышать. Затем медленно выдохнуть, возвращаясь в положение «лежа».

8. **Поза «березка».** Лечь на спину, руки вдоль тела ладонями вниз. Со вдохом медленно поднять ноги до прямого угла. Затем с выдохом, опираясь на локти, подхватить руками таз и вывести его вверх. Во время фиксации позы тело должно быть по возможности прямым; дыхание произвольное. При выходе из позы очень осторожно завести ноги за голову, снимая тем самым всю тяжесть тела с локтей. Опустить руки. Медленно опустить туловище, а затем ноги, не поднимая головы, пока пятки не коснутся пола

9. **Поза «заднее растягивание».** Сесть с вытянутыми вперед ногами Поднять руки вверх, повернув их ладонями вперед, и сплести большие пальцы. Голову зажать между плечами. Сделать вдох и одновременно с выдохом медленно наклоняться вперед, сохраняя неизменным относительное положение головы и плеч. Лбом тянуться к коленям, руками стараясь захватить большие пальцы ног Во время фиксации позы дыхание произвольное Затем одновременно со вдохом возвратиться в исходное положение.

10. **Поза «скручивание».** Сесть с вытянутыми вперед ногами Затем согнуть правую ногу в колене и переступить ею через левое бедро. Положить левую руку на согнутое правое колено, завести руку под него. Правую руку завести за спину и медленно скручивать туловище, стараясь соединить руки. Голова повернута вправо. Выходить из позы медленно, поворачивая голову, затем руки, туловище и наконец разогнуть ноги. То же в другую сторону. Дыхание произвольное

11. **Поза «тростинка».** Лечь на спину, вытянув ноги и протянув прямые руки за голову. Приподнять таз, опираясь на пятки и лопатки, с максимальной силой растягивая позвоночник

ЧИТАЙТЕ:

ТАЙНЫ И ПАРАДОКСЫ ПЕЧЕНИ (АЗБУКА ГЕПАТОЛОГИИ)

Автор:

академик АН Латвийской ССР
А. Ф. Блюгер

КНИГА ВЫЙДЕТ

в издательстве «Знание»
в 1988 году

СОВЕТУЕТ ПСИХОТЕРАПЕВТ

Беседу с врачом-психотерапевтом медсанчасти Волжского автомобильного завода (г. Тольятти) Василием Петровичем **МАКАРОВЫМ** *ведет наш корреспондент Л. МОХОВИКОВА.*

КАК РАЗВИТЬ СВОЮ УМСТВЕННУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

— Стоит ли доказывать необходимость постоянного повышения профессиональной подготовленности, расширения кругозора в наше время? Но чтобы непрерывно и должным образом обновлять свой багаж знаний, быстро и качественно справляться с решением всевозможных задач и проблем требуется высокая умственная работоспособность. Как развить в себе такое психологическое свойство, поддерживать такую способность на требуемом уровне?

— Умственная работоспособность — важнейший показатель состояния человека, да и, пожалуй, всей личности. Она зависит от жизненного и профессионального опыта, от заинтересованности своей работой, ее новизны (или однообразности), от интенсивности наступающего утомления, усталости и подвержена суточным колебаниям в течение суток у каждого индивидуально. Особенно в тех случаях, когда необходима мобилизация нервно-психических ресурсов для быстрого и точного выполнения сложного задания, умственная работоспособность отражает и возможность человека успешно адаптироваться в среде, управлять ситуацией.

Слагаемые такого успеха — это и умение сосредоточиться на конкретном вопросе, и цепкая, гибкая память, развитое воображение, способность к глубокому анализу. Вот почему прежде всего необходимы каждому тренировки на развитие сосредоточенности и воображения. Давайте с этого и начнем.

Задание I. Поставьте перед собой знакомый вам предмет, рассмотрите внимательно его цвет, форму, величину, особенности деталей. Разложив таким образом его на составные части, проанализируйте каждую из них в отдельности и запишите все, что удалось выяснить. Затем вновь обследуйте этот предмет, и вы убедитесь, что многого не заметили с первого раза.

Лучше взять для рассматривания репродукцию какой-либо картины, чтобы тщательно ее изучить. В это время важно ни о чем посторонним не задумываться. Вернитесь к этой тренировке на следующий день, чтобы выявить еще больше деталей и особенностей в изучаемой картине. Такое упражнение укрепляет память и внимание. Но не утомляйтесь. Помните, что «усталое» внимание вам не помощник. Свою задачу усложняйте постепенно.

Задание II. Войдите в комнату и быстро окиньте ее взглядом. Выйдите из нее и запишите число увиденных предметов, затем опишите их. Вновь войдя в комнату, сверьтесь со своими записями. Тренируйтесь так и на улице, внимательно рассматривая здания: их объем, цветовые соотношения, стиль фасада, цвет, количество деталей и их расположение (например, окон, колонн).

Задание III. Возьмите какой-нибудь небольшой предмет — часы, карандаш, спичку и, внимательно рассматривая его, рассуждайте о цели употребления, о материале, из которого изготовлен, о способе изготовления. Думайте только о том, что находится в непосредственной связи с этим предметом. Оказывается, чем проще предмет, тем труднее составить такое суждение.

Задание IV. Понаблюдайте за движением секундной стрелки, сначала в течение 30 с, затем больше, вплоть до 3 мин. Постарайтесь выполнять это упражнение не менее раз в день, особенно перед сном, когда вы устали и трудно сосредоточиться. Преодоление усталости и будет свидетельством того, что тренированность внимания достигла достаточно высокой степени.

Для развития воображения следует упражняться в мысленном представлении какого-либо предмета, начиная с простого и кончая более сложным.

Задание I. Рассмотрите выбранный вами предмет, затем закройте глаза и постарайтесь мысленно представить его себе как можно полнее. Снова посмотрите на этот предмет и сравните с тем, что вы себе представляли. Заметьте все неточности восприятия и, вновь закрыв глаза, мысленно представьте его снова. Тренировка эта может считаться освоенной, если сосредоточенное в течение 1 минуты рассматривание достаточно сложного предмета позволяет создать безукоризненное мысленное его изображение.

Задание II. Сосредоточьте внимание на мысленном образе какого-либо предмета и снова рассуждайте о его особенностях, способах изготовления и употребления. Это более сложное упражнение.

Задание III. Подумайте о каком-либо понятии и сразу же назовите ему противоположное. Например, «пустой» и «полный». Выполнить это упражнение необходимо с максимальной быстротой и четкостью, не просто автоматически, называя противоположные понятия, а представляя их себе образно.

Задание IV. Размышляя об особенностях какого-либо предмета, внезапно переключитесь на обдумывание свойств другого, а затем также быстро возвращайтесь мысленно к первому предмету — именно к той мысли, на которой прервались. Например, «мяч резиновый, упругий, дом большой, девятиэтажный. мяч упругий, в полоску, красно-голубой...дом девятиэтажный, кирпичный, песочного цвета». Не стоит удивляться тому, что два последних упражнения заставляют вас как бы перескакивать с одной мысли на другую. В этом также заключается тренировка внимания — умение быстро переключаться с одной темы на другую важно в любой работе. Так можно научиться и многое успевать. Попробуйте тренироваться так в любых условиях для того, чтобы научиться отвлечению от шума и других помех.

Задание V. Попытайтесь почитать в неудобном, шумном месте вначале интересную, а затем неинтересную книгу (несколько страниц), а затем мысленно воспроизвести текст прочитанного. Это упражнение помогает воспитывать сосредоточенность.

Задание VI. Научитесь «выключаться» смотрите на чистый лист бумаги, ни о чем не думая, либо представляйте его мысленно. Это состояние необходимо освоить [illegible] ления волевого контроля, к тому же оно позволяет отдохнуть нервной системе [illegible] конться.

— С чего начинать? Обязательно ли делать сразу все или это дается на выбор? С другой стороны, часто человек не уверен в своей способности запоминать. Может ли помочь здесь психотерапия, например, метод самовнушения — аутотренинг?

— Выбирайте то, что вам по душе, только начинайте с того, что проще, иначе [illegible] ны разочарования. Не утомляйтесь, постепенно усложняйте задания. Так что все в ваших руках. И настоятельно рекомендую, перед любой работой, в минуты волнений, подумав о неприятностях, посмотрите на секундную стрелку ваших часов. Непреклонное, ритмичное движение ее обязательно успокоит, настроит на деловой лад.

Память и наблюдательность можно укрепить с помощью самовнушений. Лучше заниматься этим по вечерам. Расслабьтесь и мысленно повторяйте: «Я отдыхаю... мне хорошо и спокойно...отдыхает каждая клеточка моего мозга». А дальше следует повторять (10—12 раз) про себя специальные формулы внушения. Настройтесь на серьезную работу по укреплению памяти на целый месяц. Приготовьтесь к тому, что формулы самовнушения будут меняться каждую неделю.

На первой неделе: «У меня хорошая память...моя память ежедневно улучшается».

На второй неделе «Все, что я вижу и слышу, хорошо запечатлевается в моей памяти...моя память ежедневно улучшается».

На третьей неделе «Я отлично помню все, что вижу, слышу, читаю, я легко запоминаю...моя память все прочно сохраняет».

На четвертой неделе: «Я могу вспомнить все, что когда-либо слышал или видел, я могу вспомнить все, что раньше учил...у меня цепкая память».

Кроме самовнушений, полезно в подробностях вспоминать все, что вы делали и наблюдали в течение дня. Для тренировки попытайтесь вспоминать и в обратном порядке все следовавшие друг за другом ситуации.

— А как быть с утомлением, когда умственная работа начинает замедляться, внимание рассеивается? Возможно ли повысить ресурс и каким образом?

Есть только одно универсальное средство, и это, как ни парадоксально, — подвергать себя утомлению. Ведь чтобы повысить, например, физическую выносливость, надо превозмочь свою усталость, сделав еще несколько упражнений либо пробежав еще несколько десятков метров. Хотя бы несколько! Аналогично в умственной работе, следует продолжать какое-нибудь упражнение.

Доказано, что только в постоянном труде, упражняя свои мозг, многие добиваются улучшения своих творческих способностей. Так что не бойтесь утомления. Кто всю жизнь боится устать, тот так и не достигнет высокой работоспособности. Конечно, переутомившись (а существуют тесты самоконтроля, врачебный контроль), необходимо отдохнуть, чтобы полностью восстановить свое хорошее самочувствие. Вот где нет никаких ограничений — возможности предоставляет физкультура (бег, плавание, езда на велосипеде и другие занятия), в комплексе мероприятий помогает и аутотренинг.

В повышении работоспособности многое зависит от психологического настроя, нужно подготовить свою психику к напряженной умственной деятельности, а она присутствует в любом деле.

Утром, еще в постели, в полудремотном состоянии мысленно внушайте себе: «Я сегодня хорошо поработаю, и легко справлюсь со сложным заданием, я чувствую себя хорошо, я полон энергии».

Лучше конкретно сформулировать задачу, которую предстоит решать в этот день или на неделе, либо в ближайшее время, коль скоро это волнует вас сегодня. Это поможет вызвать такое состояние нервной системы, которое вполне обеспечит достижение поставленной цели. Академик Ухтомский назвал его доминантой, и с тех пор явление это продолжает изучаться и используется практи

...ющийся очаг возбуждения в мозге, приобретая главенствующую роль, сказывается на деятельности нервной системы в целом, определяя и направления тех или иных ее реакций.

И если несколько раз в день (обязательно утром и вечером, перед сном) вы скажете себе: «Я должен непременно сделать это большое и важное дело... я успешно с ним справлюсь», то постепенно добьетесь того, что поставленная цель овладеет вашим подсознанием. Такое систематическое «вшивание» в себя формул достижения цели ведет к тому, что человек действительно приобретает необходимые ему качества. Поведение его изменяется и становится таким, которое соответствует новым требованиям, реализация поставленной цели выглядит чуть ли не автоматической. Все это происходит уже как бы безотчетно.

— То есть подсознательно? Возможно повышать работоспособность, используя резервы подсознания?

— Известно, что оно не только помогает нам перерабатывать информацию, поступившую в мозг, но и принимать какие-то важные решения, которые потом осознаются. О таких озарениях свидетельствуют ученые, писатели, представители других творческих профессий, в том числе технических (инженеры, изобретатели, рационализаторы). Можно вспомнить, что математик Гамильтон сделал свое открытие во время прогулки с женой, а физик Томсон утверждал, что временами вообще бесполезно делать произвольные усилия: поставленный вопрос сам собой разрабатывается в голове ученого. И в тот момент, когда он вновь почувствовал неодолимое желание сесть немедленно за работу, можно считать, что решение уже найдено, его остается только осознать в процессе размышлений.

Не приходится доказывать, что наше подсознание помогает трудиться эффективнее, успешнее...

— Всегда ли можно понадеяться на эту помощь? Я имею в виду своевременность принятия решений.

— Хотя в том, как работает подсознание, еще многое неясно ученым, можно попытаться научиться в какой-то мере им управлять. И в этом есть смысл, ибо оно работает устойчиво и упорно, независимо от внешних условий, которые так сказываются на осознавании. Прежде всего различные стрессовые ситуации, которые могут, что называется, выбить человека из колеи, сказываться на его работоспособности. Они практически не устранимы в повседневной реальности. Поэтому надо повышать устойчивость к возможным психотравмирующим ситуациям, активно пользоваться подсознательными процессами при решении всевозможных проблем. И это физиологически обосновано. Мозг состоит из миллиардов чрезвычайно сложных и активных нервных клеток (нейронов), он постоянно трудится, нуждаясь в работе, потому что это необходимо для его нормального состояния. Так что давайте полнее использовать эти огромные возможности.

— Имеются какие-то конкретные приемы в данном случае?

— Безусловно. Вот, к примеру, перед вами поставлена совершенно новая задача, которую нужно непременно и как можно быстрее решить. Если вы оказались не готовы психологически, растерялись, мысли сбились и появился даже страх, понятно, что в таком случае невозможно быстро и хорошо справиться с заданием. Прежде всего надо успокоиться, расслабиться и четко сформулировать задачу, которую предстоит решить. И все! Больше ни о чем думать вы не должны. Воспользуйтесь белым листом бумаги, смотрите на него ни о чем не думая, либо мысленно его себе представляйте.

— Вместо того чтобы неотступно думать, как быстрее решить задачу, впасть в безмятежность? Не рискованно ли это?

— Но вы же растеряны? Надо успокоиться, сосредоточиться, а посидев так несколько минут в расслабленном состоянии, вы и приступите к активной работе. Более того, вы поставили перед своим подсознанием конкретную задачу, значит, оно заработало и в этом направлении.

Многое зависит, конечно, от сложности задачи, от подготовленности к ее решению. Если не получится с первого раза, еще раз сформулируйте мысленно эту задачу, повторяю, очень конкретно, а сами возьмитесь за какое-нибудь другое дело, чтобы отключить свое сознание от решения задачи на данном этапе, полагаясь на помощь подсознания. Но обязательно назначьте теперь себе срок, когда вы снова вернетесь к этой проблеме. И надо верить, что именно в назначенное время вы успешно справитесь с заданием.

В тот момент, когда внезапно почувствуете, что возникло стремление взяться за решение этой задачи, оставленной до поры, необходимая переработка информации, возможно, уже произошла, и можно приступать к делу. Советую также вдохновлять себя словесно, давая «заказ» своему подсознанию: «Я могу, я справлюсь, мне это очень интересно».

Формулируя задачу, можно даже записать то, что говорите себе мысленно. Перечитав несколько раз этот текст, вы закрепите в памяти свою формулировку задачи также зрительно. Можно сделать и «заказ» на ночь, перед сном. Четко сформулировав задачу ве-

чером, приступив к работе утром, обнаружите, что решение ее уже сложилось.

Главное, это не терять времени даром на мучительные, эмоциональные переживания. Ведь можно делать одновременно несколько совместимых дел. Тогда и чрезмерные волнения, раздражение и страх пройдут, если к тому же внушать себе уверенность в успехе, оказать себе полное доверие, не тревожиться, если сразу что-то не выходит. Попытайтесь овладеть самим процессом. Две-три удачно решенные задачи, найденный выход из положения укрепят вашу веру в действенность рекомендованных приемов. Во всех таких случаях речь идет, по сути дела, о самовоспитании.

— Но ведь можно и в активном состоянии себя перевоспитывать? Или обязательно надо расслабляться, заниматься самовнушением?

— В активном состоянии мы влияем на себя с помощью логических доказательств, используем и такие приемы, как самоободрение, самоприказ, иными словами, сознательно организуем свое состояние и поведение. Безусловно, такие методы психической регуляции оказывают существенную помощь. Но порой, к сожалению, не удается добиться желаемого результата — психика просто не подчиняется приказом нашего сознания. И это чувствуют люди во многих случаях. Например, вы говорите себе, что не будете раздражаться, обращать внимание на мелочи. Если что-то получается, это не происходит автоматически, внутренне вы чаще всего напряжены. А так и сорваться недолго. В особенности это касается избавления от вредных привычек.

— Подобный замкнутый круг и приводит к тому, что теряется уверенность в своей силе воли?

— Конечно. И если приказы сознания не помогли, стоит заняться привитием нужных качеств в расслабленном состоянии, помощь самовнушения. Мозг человека расслабившегося наиболее восприимчив к словам, и таким путем можно подавлять одни наклонности, систематически воспитывая другие.

Надо сосредоточить внимание на тех качествах, которые вам необходимы, вместо того чтобы постоянно сожалеть о своих недостатках, ведь тем самым вы невольно укореняете их в себе. К примеру, человек, считающий себя застенчивым либо неуравновешенным, должен отвлечься от своих отрицательных качеств и сосредоточиться на таких, как смелость и выдержка. Расслабившись, следует внушать себе следующие формулы аутогенной тренировки:

— Я смелый, уверенный человек, я выдержанный человек.

— Мне доставляет удовольствие говорить спокойным и уверенным голосом, показывать пример выдержки, умения владеть собой.

Затем постарайтесь представить самого себя, обладающим этими необходимыми каждому качествами. Представляйте различные ситуации, где нужно проявить смелость, выдержку. Может показаться это детской игрой, но в самом деле такая тренировка поможет вам поступать и в реальности так, как задумали: смело и уверенно или спокойно и сдержанно.

Если поставлена цель стать хорошим специалистом, достигнув расслабления, вызовите в своем воображении образ такого одаренного и достойного человека, каким хотели бы стать вы, и этот образ в дальнейшем постоянно будет оказывать на вас влияние. Воспользуйтесь помощью самовнушения, говоря себе:

— У меня хорошая память.

— У меня богатое воображение.

— Я хорошо, логично мыслю.

— Я могу интересно и образно излагать свои мысли.

— Я умею быстро работать, четко выполнять все операции.

— Я хорошо и быстро справлюсь со сложным заданием.

Мыслительный процесс своеобразен, каждый, что называется, думает по-своему. Ищите к себе подход, используйте и рекомендованные здесь приемы. И главное, не забывайте себя вдохновлять: «Я справлюсь! Я смогу! Я умею!»

ЧИТАЙТЕ, ВЫПИСЫВАЙТЕ ИЛЛЮСТРИРОВАННЫЙ ЕЖЕМЕСЯЧНИК «ЧЕЛОВЕК И ПРИРОДА»

Индекс в каталоге союзпечати

70109

Стоимость подписки на квартал

45 копеек

ББК 51.204
Т 98

Автор: ТЮРИН А. М. — кандидат медицинских наук, доцент.
Рецензент: Королев Л. А. — доктор медицинских наук, профессор.

Т 98

Тюрин А. М.

Возможности самомассажа: (Школа самостоятельного овладения приемами и методами). — М.: Знание, 1988. — 48 с. — (Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 1).

О пользе оздоровительного массажа знают все. Но как самостоятельно овладеть техникой самомассажа, постичь тонкости массажных манипуляций? Предлагается популярный самоучитель самомассажа, написанный специалистом, имеющим многолетний опыт практической и педагогической деятельности в этой области. Кратко рассмотрены вопросы физиологического влияния массажа, гигенические его основы. Даются рекомендации по использованию аппаратного массажа, упражнения на массажном коврике и с массажной дорожкой.

Издание рассчитано на широкий круг читателей.

410 1000 000 **ББК 51.204**

ББК 54.101
С 81

Авторы: Л. Г. СТОЛЯРОВА — доктор медицинских наук, профессор; А. С. КАДЫКОВ — кандидат медицинских наук; Л. А. ЧЕРНИКОВА — кандидат медицинских наук; М. К. БУРЛАКОВА — кандидат педагогических наук.
Рецензент: Н. В. Лебедева — доктор медицинских наук, профессор.

С 81

Столярова Л. Г. и др.

После перенесенного инсульта: (Пособие по реабилитации в домашних условиях) / Л. Г. Столярова, А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, М. К. Бурлакова. — М.: Знание, 1988. — 48 с. — (Нар. ун-т. Фак. здоровья; № 2).

Вернуть человеку то, к чему он был способен до болезни,— цель лечебных мероприятий по реабилитации. Важнейшая роль в восстановительном лечении принадлежит не только врачам, но и самому больному, от которого требуются настойчивость и длительные усилия. Опыт лечения людей, перенесших инсульт, позволил авторам впервые предложить популярное пособие для тех, кто занимается с больным в домашних условиях. Рассказывается о нарушениях мозговых механизмов при инсульте, даются советы для профилактики и предупреждения рецидивов заболевания.

Издание рассчитано на широкий круг читателей.

410 1000 000 **ББК 54.101**

ХУДОЖНИКИ-ОФОРМИТЕЛИ: В. Горюнов, А. Григорьев, С. Григорьев, И. Емельянова, Ю. Кособукин.

Аверкий Михайлович ТЮРИН
ВОЗМОЖНОСТИ САМОМАССАЖА
(Школа самостоятельного овладения приемами и методами)

Лариса Гавриловна СТОЛЯРОВА
Альберт Серафимович КАДЫКОВ
Людмила Александровна ЧЕРНИКОВА
Марианна Константиновна БУРЛАКОВА
ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА
(Пособие по реабилитации в домашних условиях)

Главный отраслевой редактор *А. Нелюбов*. Редактор *В. Алгульян*. Мл. редактор *Л. Щербакова*. Худож. редактор *М. Гусева*. Техн. редактор *А. Красавина*. Корректор *В. Гуляева*

ИБ № 9458; 9459

Сдано в набор 05.11.87. Подписано к печати 03.12.87. А 13763. Формат бумаги 70×100¹/₁₆. Бумага **офсетная**. Гарнитура литературная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 7,80. Усл. кр.-отт. 16,25. Уч.-изд. л. 9,56. Тираж 1 105 569. Заказ 3110. Цена 30 коп. Издательство «Знание». 101835, ГСП, Москва, Центр, проезд Серова, д. 4. Индекс заказа 886301—886302.
Ордена Трудового Красного Знамени Чеховский полиграфический комбинат ВО «Союзполиграфпром» Государственного комитета СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли 142300, г. Чехов Московской области

Индекс 70063 30 коп.

Из коллекции

ФАКУЛЬТЕТА

ЗДОРОВЬЯ

«Комсомольская правда»

«Смена»

«Московский комсомолец»

61-230

ДНЫЙ ЕРСИТЕТ ОРОВЬЯ

PHOTOS BY ANDREY G AKA DONUT190